

## Anmeldung

T 032 627 37 37<sup>1</sup> F 032 627 37 47<sup>1</sup> E-Mail: GastroZentrum@spital.so.ch

Postadresse: **Ärztliche Leitung  
GastroZentrum Solothurn  
Bürgerspital Solothurn, 4500 Solothurn**

- Termin vereinbart auf:
- Bitte aufbieten

Name / Vorname	Geburtsdatum
Adresse	
Telefon Privat	Telefon Geschäft
Krankenkasse	

## Gewünschte Untersuchung

- Gastroskopie
- Kolonoskopie
- Rektosigmoidoskopie
- Antikoagulation
- Konsilium / Abklärung
- Sonographie
- H2-Atemtests (Laktose u.a.)
- Allergien
- ERCP (Hospitalisation)
- Kapsel-Videoendoskopie
- Leberbiopsie

**Beschwerden**

**Bisherige Befunde**

**Bisherige Therapie**

**Fragestellung**

**Beilagen**

Versand Untersuchungsbericht  per E-Mail  per Fax

Datum Zuweisende/r Ärztin/Arzt