**Anmeldung Gastroenterologie**

**Patient\*in:**

Name       Vorname

Adresse

PLZ / Ort

Telefon       Mobile

Geburtsdatum       Krankenkasse

**Überweisung**

[ ]  Dringend [ ]  Normal [ ]  Elektiv

**Untersuchung**

[ ]  Konsultation [ ]  Sonographie

[ ]  Gastroskopie [ ]  PEG-Einlage/Wechsel

[ ]  Colonoskopie [ ]  Sigmoidoskopie

[ ]  Rektoskopie [ ]  ERCP

[ ]  Leberbiopsie

**Fragestellung**

Datum       Überweisung durch

**Anmeldung per eMail an gastroenterologie.do@spital.so.ch**