

Abteilung für Innere Medizin
Leitung: Prim.^a Dr.ⁱⁿ Mimoza Shema-Kastrati

Zuweisung: Endoskopie

Daten Patient*in: Name: _____ Geburtsdatum: _____ SV-Nr.: _____ Telefonnr.: _____	Zuweiser*in Name & Adresse: _____ _____ Telefon: _____
Grund der Zuweisung	☐ Vorsorgeuntersuchung ☐ Nachsorge nach Polypektomie ☐ Kontrolle bei bekannter Erkrankung, welche: _____ ☐ Ungewollter Gewichtsverlust ☐ Meläna ☐ Hämatochezie ☐ Durchfall (nur nach Vorliegen von Stuhluntersuchungen auf Viren, Bakterien und Calprotectin) ☐ Anämie ☐ Sonstiges: _____
Gewünschte Untersuchung	☐ Gastroskopie ☐ Coloskopie
Gerinnungshemmung	☐ Ja, welche: _____ ☐ Nein
Termin in der Ambulanz zum Aufklärungsgespräch:	Datum:
Termin in der Ambulanz zur Endoskopie:	Datum:
Notwendige Befunde am Termin mitzubringen:	Vollständige Medikamentenliste Laborbefund: Blutbild, Niere, Leber, Gerinnung Der Laborbefund darf nicht älter als 2 bis 4 Wochen sein.