magendarm baselland

Zuweisungsformular

Gewünschter Termin: ☐ dringlich ☐ bald ☐ elektiv

Untersuchung:

☐ Gastroskopie
☐ Koloskopie*
☐ Anoskopie / Hämorrhoidalbehandlung
☐ Ultraschall Abdomen
☐ Leberelastographie
☐ Gastroenterologische / hepatologische Abklärung
☐

* Die Abgabe der Abführmedikation erfolgt durch ☐ den Zuweiser/die Zuweiserin
☐ Magendarm Baselland

Patientendaten

Name: Geschlecht ☐ m ☐ w ☐ d
Vorname: Krankenkasse:
Geburtsdatum: Vers.-Nr.:
Strasse: Telefon:
PLZ/Ort:

Fragestellung / Indikation:

Diagnose(n)

☐ **Orale Antikoagulation (Präparat:)**

Sonstiges:

Datum: Stempel/Unterschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und alle Beilagen entweder postalisch oder via E-Mail

Magendarm Baselland
Loogstrasse 14
4142 Münchenstein

Sprechzeiten n. Vereinbarung

061 051 22 50
www.mdbl.ch
mdbl@hin.ch