

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 ja (Präparat:)
 nein

Sonstiges:

.....
.....
.....

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und alle Beilagen entweder postalisch oder via [E-Mail](#)

Datum: Stempel/Unterschrift