ANMELDUNG GASTROENTEROLOGIE

Polipraxis Wil AG
Obere Bahnhofstrasse 1
9500 Wil

071 911 14 60
polipraxis.wil@hin.ch

Patient*in

Name | Vorname

Geburtsdatum | Tel. | Mobile

Strasse, Nr. | PLZ, Ort

Kostenträger | Versicherten-Nr.

Termin vereinbart auf | ☐ Patient/in bitte aufbieten

Anamnese / Indikation

Fragestellung

Bekannte Risiken (OAK, Allergien, Epilepsie, etc.)

Gewünschte Untersuchung

- ☐ Gastroskopie
- ☐ Coloskopie
- ☐ Rektoskopie
- ☐ Sonographie (KM-Sonographie)
- ☐ Konsultation

Weiteres:

Zuweiser*in

Titel, Name und Vorname

Strasse, Nr. | PLZ, Ort

Tel. | Email

Datum: