

## ANMELDUNG GASTROENTEROLOGIE

Polipraxis Wil AG Obere Bahnhofstrasse 1 071 911 14 60 polipraxis.wil@hin.ch

9500 Wil

Patie	ent*in			
Name	е		Vorna	me
Gebu	ırtsdatum	Tel.		Mobile
Stras	se, Nr.		PLZ, (	Ort
Koste	enträger		Versio	herten-Nr.
Term	iin vereinbart auf		□ Pat	ient/in bitte aufbieten
Anamnese / Indikation				
Frag	estellung			
Bekannte Risiken (OAK, Allergien, Epilepsie, etc.)				
Beka	nnte Risiken (OAK, Allergien,	Epilepsie, etc.)		
	unnte Risiken (OAK, Allergien,	Epilepsie, etc.)		
		Epilepsie, etc.)		Sonographie (KM-Sonographie)
Gewi	ünschte Untersuchung	Epilepsie, etc.)		Sonographie (KM-Sonographie) Konsultation
Gewi	ünschte Untersuchung Gastroskopie	Epilepsie, etc.)		Konsultation
Gewi	ünschte Untersuchung Gastroskopie Coloskopie Rektoskopie	Epilepsie, etc.)		Konsultation
Gewi	ünschte Untersuchung Gastroskopie Coloskopie Rektoskopie	Epilepsie, etc.)		Konsultation
Gewin	ünschte Untersuchung Gastroskopie Coloskopie Rektoskopie eiser*in Name und Vorname	Epilepsie, etc.)	Weiter	Konsultation res:
Gewin	ünschte Untersuchung Gastroskopie Coloskopie Rektoskopie	Epilepsie, etc.)	□   Weiter	Konsultation res:
Gewin	ünschte Untersuchung Gastroskopie Coloskopie Rektoskopie eiser*in Name und Vorname ese, Nr.	Epilepsie, etc.)	Weiter	Konsultation res:

2025-03 Seite **1** von **1**