

Zuweisungsformular

Name: Vorname:
Geburtsdatum: Geschlecht: ☐ M ☐ W ☐ divers
Adresse: PLZ, Ort:
Telefon / Mobile: E-Mail:
Krankenkasse: VeKa.-Nr: 80756

Gewünschte Untersuchung:

- | | |
|--|---|
| ☐ Gastroskopie | ☐ ERCP (nur im Spital) |
| ☐ Koloskopie | ☐ Obere Endosonographie (im Spital/Cham) |
| ☐ Koloskopie (Kant. Programm) | ☐ Ultraschall |
| ☐ Flexible Sigmoidoskopie | ☐ Ultraschall Hepatologie |
| ☐ Proktoskopie | ☐ Sprechstunde |

Dringlichkeit:

- ☐ Notfallmässig ☐ Nächster Termin (2–3 Wochen) ☐ Nicht dringend

Indikation:

Relevante Begleiterkrankungen: z.B. OSAS, Herz- oder Lungenerkrankungen, Epilepsie

Medikamente: Falls möglich Medikamentenliste mitschicken

Plättchenaggregation oder OAK? ☐ Ja ☐ Nein Falls ja, welche:
Insulin oder orale Antidiabetika? ☐ Ja ☐ Nein Falls ja, welche:

Zuweisende Praxis/Arzt: Datum:

Stempel/Unterschrift:

