

Name _____ Vorname _____ M F

Geburtsdatum _____

Adresse _____

T Privat _____ T Geschäft _____ Mobile _____

Untersuchung durch

PD Dr. med.
K. Truninger

Fr. Dr. med.
A. Kunz

Fr. Dr. med.
I. Guldenschuh

Gewünschte Untersuchung

Endoskopie

Gastroskopie
Koloskopie
Partielle Koloskopie
Proktoskopie
PEG-Sondeneinlage
PEG-Sondenentfernung
Kapselendoskopie

Funktionsdiagnostik

H2-Laktose-Atemtest
H2-Fruktose-Atemtest
H2-Laktulose-Atemtest
24h-Impedanz-pH-Metrie

Sonografie

Abdomensonografie

Anderes

Konsilium

Dringlichkeit

rasch

bald

elektiv

Indikation, Fragestellung

Begleitkrankheiten

Herzkrankheit
Herzschrittmacher

COPD
Interner Defibrillator

Schlafapnoe
Hüftprothese

Allergie
Weiteres

Medikamente

OAK

NOAK

Thrombozyten-Hemmer

Heparin sc.

Ort / Datum _____ Zuweisende(r) Ärztin / Arzt _____