

UNTERSUCHUNGSANFORDERUNG

PATIENTENDATEN

Nachname Vorname..... geboren am

Adresse Ort

Telefon..... Mobil..... E-Mail.....

Krankenkasse..... Versicherungsnr..... Nr. AOK

Patienten einbestellen

Termin vereinbart am

ANGEFORDERTE UNTERSUCHUNG

Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGDS)

Proktologische Untersuchung

Ileokoloskopie

Fachberatung

Abdomen-Ultraschalluntersuchung

Ernährungstherapeutische Beratung

Fibroelastometrie

Erstuntersuchung

Abdomen-Ultraschalluntersuchung

Kontrolle - Letzter Untersuchungstermin.....

Sonstiges (bitte angeben)

Arzneimittelallergien (bitte angeben).....

INDIKATIONEN, SYMPTOME - KLINISCHE FRAGESTELLUNG

Das Bestehen oder Fehlen von Warnsymptomen bestimmt die Dringlichkeit der durchzuführenden Leistung.

Warnsymptome? (Wiederholtes Erbrechen? Gewichtsabnahme? Anorexie? Rektorrhagie? Hämatemesis? Meläna?) Bitte angeben

Sonstiges? Bitte angeben

WICHTIGE NEBENDIAGNOSEN

Z.B.: Adipositas, Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, Nierenversagen, Leberzirrhose, usw.

Bitte angeben

Therapie aktuell: NSAR Thrombozytenaggregationshemmer (Aspirin, Plavix, usw.)

Antikoagulans (Marcoumar, Sintrom) Quick/INR:.....

Sonstiges (bitte angeben)

Anforderungsdatum

Anfordernder Arzt