



	g					
Patientenangaben (inkl. Garant und Status):					☐ Patient meldet sich bei Ihnen☐ Bitte Patient aufbieten☐ dringend (innerhalb 1 Woche)☐ nicht dringend (ca. 1-4 Wochen)	
ndikation/	/Beschwer	den/Diagnos	en:			
∕ledikame	nte/Allerg	ien/Risiken (ev. Berichtskopie	en beilegen):		
			iterführende spe epatologische Spr	zifische Abklärur rechstunde		graphie Abdomen
		orechstunde	(Inkontinenz, Ob	stipation usw.)	☐ Prokt	cologie
Endoskop 				_		_
□ Ös	ophago-Ga	astro-Duode	noskopie	☐ Koloskopie		☐ Dünndarmkapsel
	ppelballor n Spital)	ı-Enteroskop	ie □ ERCP (im Spital)	☐ Obere Endos ± FNA (im Spita		☐ Untere Endosonographie ± FNA (im Spital)
Funktion	sabklärung					
Ösopl	nagus 🛘	Manometri	e 🛮 24 oder 4	8 StdSäuremess	ung 🗆 Dehn	barkeitsmessung (EndoFLIP)
Anore	ektal		☐ Endosonogra	phie	☐ Manometi	rie Neurophysiologie
Naha	ungsmittelı	eaktionen	☐ Laktose		☐ Fructose	☐ Sorbit
Manru			☐ Glukose (bakt		☐ Fructan	☐ Saccharose
Nanrt			Überwucherung)		
	r: 🗖 E-Mai	l an Adresse	_	•		oer Post □ per Telefon