

# Anmeldung zur Hepato-Gastroenterologischen Untersuchung

## Patientin/Patient

|   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| Name  | Vorname                                | Geburtsdatum                      |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>              |
| Strasse/Nr.   | PLZ/Ort                                | Telefon tagsüber                  |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>              |
| Geschlecht  | Krankenversicherung/Versichertennummer | Unfallversicherung/Schadensnummer |
| <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>              |

## Gewünschte Untersuchung

Bitte geben Sie hier die Art der gewünschten Untersuchung an:

## Klinische Angaben/Fragestellung

Ihre klinischen Angaben und Fragestellungen:

## Komorbiditäten

Schrittmacher    ja     nein   
 Glaukom    ja     nein   
 Prostatahyperplasie    ja     nein

## Infektiosität/Hygiene

Keine übertragbare Krankheit bekannt  
 übers Blut übertragbar (HBV, HCV, HIV, anderes)  
 über Hände übertragbar (MRSA u.a.)  
 über Stuhl übertragbar (HAV Clostr. diff, anderes)  
 über Tröpfchen übertragbar (Tbc)

## Blutgerinnung

Datum:  
 Quick/INR:  
 Thrombozyten:  
 Hämoglobin:

## Gerinnungshemmende Medikamente

Aspirin    nein     ja   
 NSAR    nein     ja   
 Plavix, Efigent, Brilique    nein     ja   
 Marcoumar, Sintrom,  
 Xarelto, Pradaxa, andere ...    nein     ja

## Zuweisender Arzt

|   |   |                      |
|---|---|----------------------|
| (Ihr) Vorname/Name                          | PLZ/Praxisort                               | Telefon Praxis       |
| <input type="text"/>                        | <input type="text"/>                        | <input type="text"/> |
| Hausarzt (sofern nicht mit Ihnen identisch) | Kopie und Berichte an folgende hin-Adresse: |                      |
| <input type="text"/>                        | <input type="text"/> @hin.ch                |                      |

Sie können das Formular nur ausdrucken oder versenden, falls Sie alle rot markierten Felder ausgefüllt haben.

Datum des Versands/Ausdrucks (wird automatisch generiert):

**senden**

**drucken**