

Gastroenterologie  
**Dr. med. Stefan Bauer, Leitender Arzt**  
**med. pract. Marcus Herzig, Leitender Arzt**  
**med. pract. Bernhard Friedli, Stv. Leitender Arzt**  
**Dr. med. Jürg Sollberger, Konsiliararzt**  
 Fon Sekretariat: 2310  
 Fon Endoskopie: 2338  
 Fax: 2335  
 Mail: gastroenterologie@spital-emmental.ch

## ANMELDUNG Gastroenterologische Untersuchungen

- Schriftliche Anmeldung ins Sekretariat Gastro/Pneumo 1. UG Süd **bis 17.00 h am Vortag**
- Patientenvorbereitung gemäss Weisungen im Intranet
- Bei Notfällen und/oder speziellen Problemen kontaktieren Sie bitte das Gastro-Sekretariat oder den Gastroenterologen (2304)
- **Patient/gesetzlicher Vertreter wurde über Untersuchung aufgeklärt und schriftliche Einwilligung liegt vor**
- **KG, Kardex und schriftliche Einwilligung mitgeben**

**TERMIN** vereinbart am:

Wunschtermin:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gastroskopie              | <input type="checkbox"/> PEG-Einlage   | <input type="checkbox"/> Abdomensono       |
| <input type="checkbox"/> Koloskopie                | <input type="checkbox"/> ERCP          | <input type="checkbox"/> Leberbiopsie      |
| <input type="checkbox"/> Sigmoidoskopie            | <input type="checkbox"/> Sondeneinlage | <input type="checkbox"/> Sonogezielte Pkt. |
| <input type="checkbox"/> Rektoskopie starr         | <input type="checkbox"/> Dilatation    | <input type="checkbox"/> H2-Laktose-AT     |
| <input type="checkbox"/> Endosonographie anorektal | <input type="checkbox"/> .....         |  |

**KLINISCHE ANGABEN / FRAGESTELLUNG:** .....

.....

.....

.....

.....

Zuweisender Arzt (Stempel od. Blockschrift):

Labor vom:.....

INR: Tc:

Hb: Lc:

..... **Sucher Nr:** .....

Allergien:  nein  ja, welche:

ASS <7d  nein  ja, bis wann:

Plavix <7d  nein  ja, bis wann:

NSAR <3d  nein  ja, bis wann:

Datum: Unterschrift:

Antikoagulation? Was? Dosis?

.....