

Überweisung

Termin vereinbart per:	
<input type="checkbox"/> Bitte telefonisch aufbieten	<input type="checkbox"/> Bitte schriftlich aufbieten

Name:	Krankenkasse:
Vorname:	Telefon tagsüber:
Geburtsdatum:	Mobiltelefon:
Adresse:	

<input type="checkbox"/> Gastroenterologische Abklärung	<input type="checkbox"/> Oesophago-Gastroduodenoskopie*
<input type="checkbox"/> Hepatologische Abklärung	<input type="checkbox"/> Colonoskopie**
<input type="checkbox"/> Proktologische Abklärung	<input type="checkbox"/> Flexible Sigmoidoskopie
<input type="checkbox"/> Sonografie des Abdomens	<input type="checkbox"/> Starre Anorektoskopie
<input type="checkbox"/> H ₂ -Atemtest (Lactoseintoleranz)	<input type="checkbox"/> Leberbiopsie*
<input type="checkbox"/> Anderes:	
*Abgabe Einverständniserklärung <input type="radio"/> durch Zuweiser/in <input type="radio"/> durch Praxis Steuerwald	**Abgabe Medikamente und Patienteninstruktion zur Darmvorbereitung <input type="radio"/> durch Zuweiser/in <input type="radio"/> durch Praxis Steuerwald

Gerinnungshemmung	Thromboembolie- und Endokarditisrisiko
<input type="checkbox"/> Keine gerinnungshemmenden Medikamente	<input type="checkbox"/> Kein erhöhtes Risiko
<input type="checkbox"/> Keine Angaben	<input type="checkbox"/> Keine Angaben
<input type="checkbox"/> Orale Antikoagulation	<input type="checkbox"/> St. n. Thrombose/Embolie (< 3 Mt.)
<input type="checkbox"/> Niedermolekulares Heparin	<input type="checkbox"/> Vorhofflimmern
<input type="checkbox"/> Plavix®/Efient®	<input type="checkbox"/> St.n. PTCA (< 12 Mt.)
<input type="checkbox"/> NSAR/Aspirin > 100 mg	<input type="checkbox"/> Endokarditisausweis

Anamnese:
Bisherige Abklärungen (Ergebnisse):
Bisherige Therapie:

Zuweisende/r Ärztin/Arzt:	
Adresse:	Telefon:
E-Mail:	Fax:

Dokumentation (Labor, Bildgebung, Berichte):		
<input type="checkbox"/> Folgt per Post/Fax/E-Mail	<input type="checkbox"/> Pat. mitgegeben	<input type="checkbox"/> beiliegend