



## Anmeldung zur gastroenterologischen Untersuchung

### Patient:

Name: ..... Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....  
Strasse / Nr: ..... PLZ / Ort: .....  
Telefon P.: ..... Telefon G.: .....  
Mobile: ..... Krankenkasse: .....

Termin vereinbart am: .....  Bitte aufbieten

**Dringlichkeit:**  sehr  bald  elektiv

### Gewünschte Untersuchung:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Konsiliarische Untersuchung | <input type="checkbox"/> Gastroskopie                       | <input type="checkbox"/> Koloskopie                  |
| <input type="checkbox"/> Ano-/Proktoskopie           | <input type="checkbox"/> Abdomensonographie                 | <input type="checkbox"/> Rektale Sonographie (starr) |
| <input type="checkbox"/> Kapselendoskopie            | <input type="checkbox"/> PEG-Sondeneinlage                  | <input type="checkbox"/> Aszitespunktion             |
| <input type="checkbox"/> Leberbiopsie                | <input type="checkbox"/> Manometrie Oesophagus              | <input type="checkbox"/> 24h-Impedanz-pH-Metrie      |
| <input type="checkbox"/> Manometrie Anorektum        | <input type="checkbox"/> H <sub>2</sub> -Atemtest (Laktose) | <input type="checkbox"/> Biofeedback                 |
| <input type="checkbox"/> Anderes                     |   |  |

Bei endoskopischen Untersuchungen / Punktionen bitte folgende Laborwerte angeben:

Quick / INR  Thrombozyten Datum: .....

### Beschwerden / bisherige Befunde / Fragestellung:

Beilagen:

**Zuweisender Arzt / Ärztin:**

**Datum:**

Stempel / Unterschrift

### Praxis

Dr. med. Patrick Janiak  
Gastroenterologie und  
Innere Medizin FMH  
Optingenstrasse 8  
CH- 3013 Bern  
EAN: 7601000415707

### Kontakt

Telefon 031 331 20 42  
Fax: 031 331 20 43  
patrick.janiak@hin.ch  
www.magendarmpraxis-bern.ch