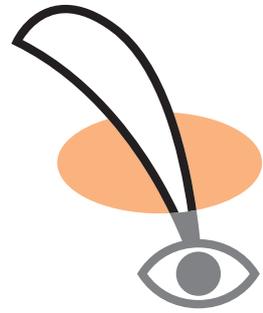


Gastroenterologie Emme

Dipl. Arzt Thrasylvoulos Gkrezios

Facharzt FMH für Gastroenterologie und Allg. Innere Medizin



Anmeldung

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Telefonnummer	<input type="text"/>
		Email	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Versicherung	<input type="text"/>	Versich.-Nummer	<input type="text"/>

- Gewünschte Untersuchung:**
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ösophago-Gastro-Duodenoskopie | <input type="checkbox"/> Sonographie |
| <input type="checkbox"/> Koloskopie | <input type="checkbox"/> Klinische Abklärung |
| <input type="checkbox"/> Anoskopie/Rektoskopie | <input type="checkbox"/> Anderes: |
| <input type="checkbox"/> Enteroskopie | |

Dringlichkeit: notfallmässig baldmöglichst nicht dringlich
hat Termin erhalten am:

Klinische Angaben:

ASA-Klasse: 1 2 3 4

ASA-Klasse
1 gesund
2 leichte Krankheit, kompensiert
3 schwere Krankheit, kompensiert
4 schwere Krankheit, dekompenziert

Fragestellung:

Ort/Datum:

Stempel/Unterschrift: