



Name/Vorname	_____
Geb.-Datum	_____ Pat.-Nr. _____
Adresse	_____
PLZ/Ort	_____
Telefon	_____
Eintritt	_____
Abteilung	_____

Anmeldung Gastroenterologie

Tel. +41 44 787 24 92

E-Mail endoskopie@paracelsus-spital.ch

Patientendaten weiblich männlich

Name _____ Strasse/Nr. _____

Vorname _____ PLZ/Wohnort _____

Geburtsdatum _____ Telefon P _____ M _____

Versicherungs-Angaben Allg. HP Privat

Krankenkasse (UVG) _____ Police-Nummer _____

Zusatzversicherung (VVG) _____ Police-Nummer _____

Gastroskopie Koloskopie Notfall Dringend (7 Tage) Innert 4 Wochen Vorsorge

PEG-Sonde Rectosigmoidoskopie ambulant stationär

Indikation/Klinische Angaben

Medikation (Antikogulation?)

Nebendiagnosen (z.B. Diabetes, KHK, künstl. Herzklappen oder Gefässprothesen, infektiöse Erkrankungen)

Allergien/Unverträglichkeiten/Besonderes

Infektiosität/Hygiene

keine übertragbare Erkrankungen bekannt über Hände übertragbar (MRSA u.a.) über Tröpfchen übertragbar (Tbc)

übers Blut übertragbar (HBV, HCV, HIV, anderes) über Stuhl übertragbar (HAV, Clostr. diff., anderes)

Blutgerinnung (Aspirin kann beibehalten werden) Datum _____

Quick/INR _____ Thrombozyten _____ Hämoglobin _____

Gerinnungshemmende Medikamente ja nein

Aspirin NSAR Plavix, Efient oder Brilique Marcoumar, Sintrom, Xarelto, Pradaxa

Laborbefunde Kopie in der Anlage, vom _____ am Untersuchungstag im Spital

Aufklärungsgespräch (im Paracelsus-Spital Richterswil) in der Sprechstunde telefonisch

Merkblatt und Einverständniserklärung an Patienten abgegeben ja nein

Hausarzt

Vorname/Name _____

Adresse _____

Tel./Fax _____

Datum, Stempel, Name/Vorname/Adresse zuweisende/r Ärztin/Arzt