

ANMELDUNG

<input type="checkbox"/> Standort Zürich Seestrasse 90 8002 Zürich T +41 44 512 22 22 F +41 44 970 22 22 E-Mail: gastroklinik@hin.ch www.gastroklinik.ch	<input type="checkbox"/> Standort Zürich Grütlistrasse 84 8002 Zürich	<input type="checkbox"/> Standort Horgen Tödistrasse 62 8810 Horgen
--	--	--

Prof. Dr. med. Hasan Kulaksiz
 Dr. med. (TR) Ahmet Kocaoglu
 Dr. med. Michael Doulberis
 Dr. med. Daniel Heinrich
 Dr. med. Martin Kaufmann
 keine Präferenz

NAME, VORNAME: _____ GEBURTSDATUM: _____
ADRESSE: _____
TELEFON PRIVAT: _____ GESCHÄFT: _____
KRANKENKASSE, MITGLIED NR: _____

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG

Diagnostische Endoskopie

- Oesophago-Gastro-Duodenoskopie
- Ileo-Koloskopie
- Rektosigmoidoskopie
- Ano-Proktoskopie / Behandlung von Hämorrhoiden, Analfissuren, Fisteln
- Endosonografie
- ERCP
- Enteroskopie
- Kapsel-Endoskopie

Sonografie

- Sonografie Abdomen
- KM-Sonografie Leber
- Hepatologisches Konsilium
- Leber-Biopsie
- Elastographie

Interventionelle Endoskopie

- Polypektomie
- Endoskopische Mukosa-Resektion (EMR)
- Endoskopische Submukosa-Dissektion (ESD)
- Vollwandresektion (FTRD)
- Endoskopische Tumortherapie
- Zenker-Divertikulotomie
- Endosonografische Punktion
- Notfall-Endoskopie Klinik Im Park
- Interventionelle Endoskopie (z.B. Stenose-Behandlung, Dilatation)
- Bougierung, Stent-Einlage, Argonplasmakoagulation (APC)
- ERCP interventionell

Funktionsdiagnostik

- PH-Metrie (Bravo-Kapsel)
- Atemtest (Laktose, Fruktose, Helicobacter)
- SIBO-Diagnostik
- Gastroenterologisches Konsilium

- Hospitalisation und Betreuung in der Hirslanden Klinik Im Park (halbprivat und privat)

KLINISCHER BEFUND UND FRAGESTELLUNG

WICHTIGE ALLGEMEINDIAGNOSEN, MEDIKAMENTE UND PATHOLOGISCHE LABORBEFUNDE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antikoagulation | <input type="checkbox"/> Endokarditis-Prophylaxe |
| <input type="checkbox"/> Termin vereinbart auf _____ | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Routine/Kontrolle | <input type="checkbox"/> Bitte neue Formulare senden |
| <input type="checkbox"/> Aggregationshemmer | <input type="checkbox"/> Dringend (Falls Notfall : Bitte telefonisch anmelden) |

DATUM: _____

ARZT: _____
(Unterschrift und Stempel)