

**Zuweisung**

Name, Vorname\* \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_  
Adresse\* \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_  
Tel. Geschäft/Privat/Mobil\* \_\_\_\_\_  
Krankenkasse/Versicherung \_\_\_\_\_  
Vers. Nr. \_\_\_\_\_

Termin vereinbart auf den \_\_\_\_\_  
Bitte anbieten:  Dringlich  Bald  Elektiv  gewünschtes Datum: \_\_\_\_\_

**Gewünschte Untersuchung:\***

- Gastroskopie
- Koloskopie
- flexible Rektosigmoidoskopie
- Abdomen Sonographie
- Leberelastographie
- Proktoskopie
- Gastroenterologische oder hepatologische Beurteilung
- Leberbiopsie
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**Zuweisungsgrund, Klinik, Befunde, Labor, bisherige Therapie:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Gerinnungshemmende Medikamente:** \_\_\_\_\_

Für die Propofol-Sedierung relevante Komorbiditäten (z.B. schwere COPD, schwere Herzinsuffizienz, OSAS mit nächtlicher Beatmung, relevante pulmonal-arterielle Hypertonie, schwierige Venenverhältnisse):

**Medikamentenallergie:** \_\_\_\_\_

**Andere Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Name Zuweiser/in \_\_\_\_\_

\* = Pflichtfelder

Bitte das ausgefüllte Formular speichern und als E-Mail-Attachment senden oder einen Ausdruck per Fax übermitteln.