



### Anmeldung zur gastroenterologischen Untersuchung

---

PD Dr. med. Daniel Külling  
Seefeldstrasse 214  
CH-8008 Zürich

T 044 421 70 00, F 044 421 70 07, darm@hin.ch  
direkt an Tramstation Wildbachstr. (Tram 2/4, Bus 33/912/916)  
200 m entfernt von Bahnhof Tiefenbrunnen (S 6/16, Bus 910)

---

Termin vereinbart auf \_\_\_\_\_  Bitte zur Untersuchung aufbieten

Name, Vorname, Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_ Telefon Geschäft \_\_\_\_\_

Telefon Mobile \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

#### Gewünschte Untersuchung

Gastroskopie       Koloskopie       Sigmoidoskopie       Proktoskopie

Sonografie Abdomen       Gastroenterologie Konsilium       Anderes: \_\_\_\_\_

#### Beschwerden

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

#### bisherige Befunde

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

#### bisherige Therapie

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

#### Fragestellung

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

#### Beilagen

\_\_\_\_\_

#### Datum

#### Zuweisende/r Arzt/Aerztin (Unterschrift, Stempel)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte um Zustellung neuer Anmeldeformulare (auch erhältlich bei [www.endoskopie-praxis.ch](http://www.endoskopie-praxis.ch))