



Anmeldung zur gastroenterologischen Untersuchung

Praxis für Gastroenterologie & Endoskopie
1. Stock Hirslanden Ärztezentrum Seefeld
Seefeldstrasse 214
CH-8008 Zürich

044 421 70 00, 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)