Anmeldung zur Untersuchung

DR. MED. M. SAWATZKI
PRAXIS FÜR GASTROENTEROLOGIE UND HEPATOLOGIE

Patientin/Patient

Name: Vorname: Geb.Datum:

Strasse: PLZ: Ort:

Telefon: E-Mail:

Grösse: Gewicht: Krankenkasse:

Gewünschte Untersuchung

Gastroskopie ☐
Anoskopie ☐
Rektosigmoidoskopie ☐
Kolonoskopie ☐
Sprechstunde ☐
Sonographie des Abdomens ☐
Lebersteifigkeitsmessung (Elastografie) ☐
Kontrastmittelsonografie der Leber ☐

Abführmittel bereits abgegeben ☐

Kontraindikationen zur ÖGD/Koloskopie mit Sedation in der Praxis:
BMI>30, Herzinsuffizienz>NYHAII, schwere Aortenklappenstenose, schwere COPD oder oSAS, Hypopharynxtumor, Hemiparese.

Indikation: Screening ☐

Bisherige Befunde (Labor, US, CT, MRT):

Medikation (insbes. Blutverdünnung, Insulin):

Bei endoskopischen Untersuchungen bitte aktuelles Labor angeben:

Thrombozyten: Quick/INR: Datum:

Termin vereinbart ☐ **bitte aufbieten** ☐

Stempel & Unterschrift des Zuweisers: Datum:

Dr. med. Mikael Sawatzki
Facharzt FMH Gastroenterologie / Hepatologie und Allg. Innere Medizin

Fidesstrasse 6 • 9000 St. Gallen
Telefon: 071 250 14 55
E-Mail: praxis.sawatzki@hin.ch