



Auftragschein GASTROENTEROLOGIE

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

TEL:

Versicherung:

Vers.-Nr:

Kopie(n) an:

AHV: _____

Geschlecht W M

Patienten ID:

Rechnung an: Patient Kr.K. Spital Andere

Einsendender Arzt

PDFo GastroE.pdf - v:1.4 - 03.09.2020

Entnahmedatum _____

Entnahmeort

1)

2)

3)

4)

5)

SCHNELLSCHNITT

TEL:

Medikamente NSAR PPI

Andere:

Kolitis fokal segmental diffus

Endoskopiebefund

Klinische Angaben

PCR: _____

