

Name, Vorname: Geb'datum: Strasse: PLZ/ Wohnort: Tel: P: G: Natel: <small>Plaquette für hospitalisierte Patienten</small>	
---	--

ANMELDUNG zur hepato-gastroenterologischen Untersuchung

Wichtige Telefonnummern

Tel/Fax für Anmeldung zur Endoskopie//US/Leberbiopsie:	044-728 1458 / 1459 (0800h – 1700h)
Tel/Fax für Anmeldung in die hepato-gastroenterologische Sprechstunde:	044-728 1508 / 1459 (0800h – 1700h)
Tel/Fax für C13-Atemtest (Helicobacter pylori)/ Lactoseintoleranztest:	044-728 1170 / 1171 (0800h – 1700h)
Tel für Notfallendoskopien (Tagesarzt Medizin):	044-728 1500

Gewünschte Untersuchung

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oesophago-Gastro-Duodenoskopie
<input type="checkbox"/> mit Biopsie/Jumbobiopsie
<input type="checkbox"/> mit Sklerotherapie/Ligatur
<input type="checkbox"/> mit Bougierung/Dilatation
<input type="checkbox"/> mit perkutaner Gastrostomie (PEG)
<input type="checkbox"/> mit Sondeneinlage (Magen, Jejunum)
<input type="checkbox"/> anderes

<input type="checkbox"/> Ileo-Koloskopie/Rectosigmoidoskopie
<input type="checkbox"/> mit Polypektomie
<input type="checkbox"/> mit Bougierung/Dilatation
<input type="checkbox"/> starre Anos-/Rectoskopie
➤ Bitte immer unterschriebene Einverständniserklärung der Anmeldung beilegen! | <input type="checkbox"/> Leberbiopsie (nach Menghini)

<input type="checkbox"/> Abdomen-Sonographie
<input type="checkbox"/> Hepato-gastroenterologische Sprechstunde
<input type="checkbox"/> Fiberbronchoskopie
<input type="checkbox"/> mit Biopsie und <input type="checkbox"/> Zytologie
<input type="checkbox"/> mit Bakteriologie inkl. <input type="checkbox"/> Tbc u. <input type="checkbox"/> Pneumocystis carinii

<input type="checkbox"/> mit Bronchiallavage (BAL) u. <input type="checkbox"/> Lymphozytentypisierung
<input type="checkbox"/> mit transbronchialer Lungenparenchym-Biopsie
<input type="checkbox"/> mit transbronchialer Nadelzytologie extra-bronchialer Lymphknoten oder Tumoren |
|---|---|

Klinische Angaben / Fragestellung

Viszerale Voroperationen/akutelles Problem/akutelle Therapie (bei Platzmangel bitte Rückseite benutzen oder Bericht beilegen)

Herzkrankheiten

Schrittmacher ja nein

Infektiosität/Hygiene	Blutgerinnung														
<input type="checkbox"/> keine übertragbare Erkrankung bekannt <input type="checkbox"/> über's Blut übertragbar (HBV, HCV, HIV, anderes) <input type="checkbox"/> über Hände übertragbar (MRSA, multiresist. gram-neg. Keime) <input type="checkbox"/> über Stuhl übertragbar (HAV, Clostr. diff, anderes) <input type="checkbox"/> über Tröpfchen übertragbar (Tbc) <input type="checkbox"/> Immunsuppression (Neutropenie, medikamentös) <input type="checkbox"/> Endokarditis-Prophylaxe	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Quick/INR (> 70%):</td> <td style="width: 20%;">.....</td> </tr> <tr> <td>Thrombozyten (>70'000):</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Hämoglobin:</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Nein Ja</td> </tr> <tr> <td>Salizylate (< 5 Tage, besser < 7-10 Tage):</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>NSAR (< 3 Tage, besser < 5 Tage):</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Niereninsuffizienz:</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Quick/INR (> 70%):	Thrombozyten (>70'000):	Hämoglobin:		Nein Ja	Salizylate (< 5 Tage, besser < 7-10 Tage):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NSAR (< 3 Tage, besser < 5 Tage):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Niereninsuffizienz:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Quick/INR (> 70%):														
Thrombozyten (>70'000):														
Hämoglobin:														
	Nein Ja														
Salizylate (< 5 Tage, besser < 7-10 Tage):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>														
NSAR (< 3 Tage, besser < 5 Tage):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>														
Niereninsuffizienz:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>														

Datum, Stempel (inkl. Tel) und Unterschrift der(s) Aerztin/Arztes

Berichtskopie an:

Hausarzt: