

Name, Vorname:
 Geb'datum:
 Strasse:
 PLZ/ Wohnort:
 Tel: P: G:
 Natel:



Spital Zimmerberg

Plaquette für hospitalisierte Patienten

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 | <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 |
|---|---|

Bitte immer unterschriebene Einverständniserklärung der Anmeldung beilegen!

Klinische Angaben / Fragestellung

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

Herzkrankheiten

Schrittmacher ja nein

Infektiosität/Hygiene

- keine übertragbare Erkrankung bekannt
- über's Blut übertragbar (HBV, HCV, HIV, anderes)
- über Hände übertragbar (MRSA, multiresist. gram-neg. Keime)
- über Stuhl übertragbar (HAV, Clostr. diff, anderes)
- über Tröpfchen übertragbar (Tbc)
- Immunsuppression (Neutropenie, medikamentös)
- Endokarditis-Prophylaxe

Blutgerinnung

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: