Anmeldung zur Untersuchung

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

Patientin/Patient

Name:	Thoma	Vorname:	Michael	Geb.Datum:	13.03.1964
Strasse:	Kammelenbergstr. 34d	PLZ:	9011	Ort:	St. Gallen
Telefon:	+41 79 541 50 89	E-Mail:	michi.thoma@gmail.com		
Grösse:	174	Gewicht:		Krankenkasse:	

Gewünschte Untersuchung

Gastroskopie	☐	**Sprechstunde**	☐
Anoskopie	☐	**Sonographie des Abdomens**	☐
Rektosigmoidoskopie	☐	**Lebersteifigkeitsmessung (Elastografie)**	☐
Kolonoskopie	☐	**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):

Termin vereinbart ☐ **bitte aufbieten** ☐

Stempel & Unterschrift des Zuweisers: Datum:

Dr. med. Mikael Sawatzki
Facharzt FMH Gastroenterologie / HepatologieundAllg.InnereMedizin
Fidesstrasse 6 • 9000 St. Gallen
Telefon: 071 250 14 55
E-Mail: praxis.sawatzki@hin.ch