



PATIENTENANMELDUNG		
Name:	Tel. Nr.:	
Vorname:	Krankenkasse / Versicherung:	
Geb. Datum:		
Adresse:		
ENDOSKOPIE	BIOPSIEN UND PUNKTIONEN	ULTRASCHALL
<input type="checkbox"/> Oesophago-Gastro-Duodenoskopie (OeGD) <input type="checkbox"/> Gastroskopie mit Varizenverödung <input type="checkbox"/> Gastroskopie mit PEG-Sondeneinlage <input type="checkbox"/> Ano-Rectoskopie <input type="checkbox"/> Sigmoidoskopie <input type="checkbox"/> Linksseitige Coloskopie <input type="checkbox"/> Coloskopie <input type="checkbox"/> ERCP <input type="checkbox"/> Oesophagus-Dilatation <input type="checkbox"/> Endosonographie Rektum <input type="checkbox"/> C13-Atemtest <input type="checkbox"/> Laryngoskopie <input type="checkbox"/> Tracheo-Bronchoskopie <input type="checkbox"/> Brancho-alveoläre Lavage <input type="checkbox"/> Zystoskopie <i>Bei allen Punktionen, therapeutischen Endoskopien und Coloskopien bitte alle Quick- (INR) + Tc-Werte angeben.</i>	<input type="checkbox"/> Pleurapunktion <input type="checkbox"/> Lymphknoten/Feinnadelpunktion <input type="checkbox"/> Knochenmarkspunktion <input type="checkbox"/> Intraartikuläre Punktion <input type="checkbox"/> Aszitespunktion <input type="checkbox"/> Leberbiopsie <input type="checkbox"/> Ultraschall gezielte Feinnadelpunktion (FNP) <input type="checkbox"/> Anderes <input type="checkbox"/> Pleuradrainage <input type="checkbox"/> Pleurodese <input type="checkbox"/> Stanzbiopsie Prostata	<input type="checkbox"/> Oberbauch <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Gallenblase, -wege <input type="checkbox"/> Pankreas <input type="checkbox"/> Milz <input type="checkbox"/> Bauchhöhle <input type="checkbox"/> Retroperitoneum <input type="checkbox"/> Magen-/Darmtrakt <input type="checkbox"/> Urogenitalsystem <input type="checkbox"/> Nieren <input type="checkbox"/> Harnblase <input type="checkbox"/> Prostata <input type="checkbox"/> Schilddrüse <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Weichteile / Lymphknoten <input type="checkbox"/> Kontrastmittelsonographie
Quick:	Thrombozyten:	vom Datum:
Aktuelle Beschwerden:		
Bisherige Befunde:		
Bisherige Therapie:		
Fragestellung:		
Beilagen:		
Datum	Stempel und Unterschrift	