

Formular

Zuweiserformular Endoskopie inkl. Tagesklinik Interne 4

Interdisziplinäre gastrointestinale Endoskopie
Leiter: OA Doz. Dr. Georg Spaun (Chirurgie)
OÄ Melanie Kienbauer (Interne 4)
Telefon: 0732 76 77-7374
E-Mail: endoskopie@ordensklinikum.at

Zuweiser*in:		Datum:
Tel. Zuweiser*in:		Fax:
Pat.-Name:		
Geburtsdatum:		SV-Nummer:
Tel. Patient*in:		
Termin-Info <u>durch</u> BHS an Patient*in Zuweiser*in an Patient*in		
■ Telefonische Rücksprache mit Zuweiser*in erbeten		
Indikation:		
Gewünschte Untersuchung:		
Gastroskopie	Coloskopie	
EUS ohne Biopsie	Kapselendoskopie (Checkliste beachten)	
EUS mit Biopsie	ERCP	
ambulant	stationär	unklar
dringlich (zusätzlich anrufen!)	< 4 Wochen	> 4 Wochen / elektiv
Gerinnungshemmende Medikation:		
Marcoumar	NOAK	Clopidogrel ASS Heparin
Bitte Zuweiserformular und relevante Befunde übermitteln!!!		
E-Mail: endoskopie@ordensklinikum.at		

Bitte NICHT ausfüllen (wird im Krankenhaus ausgefüllt)!!!		
Dringlichkeit:	<input type="checkbox"/> innerhalb von 4 Wochen	<input type="checkbox"/> 1-3 Monate <input type="checkbox"/> > 3 Monate
<input type="checkbox"/> Termin ambulant	am:	
<input type="checkbox"/> Vorgespräch Tagesklinik (3C)	am:	
<input type="checkbox"/> Termin Tagesklinik (3C)	am:	
<input type="checkbox"/> Termin stationär (Station ____)	am:	
Datum:	Bearbeiter OKL BHS (Name):	