

## **ZUWEISUNG AN DIE GASTROPRAXIS ORTNER**

Termin vereinbart am.....  Patient meldet sich  Gastropraxis kontaktiert Patienten

Name, Vorname: .....

Adresse:.....

Geburtsdatum: ..... Krankenkasse: .....

Telefon Privat: ..... Telefon Geschäft/Email: .....

### **Bitte Konsultation durchführen:**

- NUR Konsultation, dann Bericht mit Beurteilung, keine weitere Abklärung
- Konsultation UND Abklärung, dann Bericht mit Beurteilung; ich leite Behandlung ein
- Konsultation UND Abklärung UND Einleitung der Behandlung, dann Bericht

### **Bitte NUR Untersuchung OHNE Konsultation durchführen:**

- Dem Patienten nach Untersuchung Diagnose NICHT mitteilen; ich mache das selbst
- Nach Untersuchung KEINE MEDIKAMENTE abgeben
- Nach Untersuchung KEIN REZEPT ausstellen
  
- Endoskopie; WELCHE?** Endosonographie obere, Endosonographie untere, Enteroskopie/obere, Enteroskopie/untere, ERCP, Gastroskopie, Kapselendoskopie, Koloskopie, Prokto/Rektoskopie
  - Endoskopische Spezialwünsche.....
  - Patient benötigt Endokarditisprophylaxe
  
- Atemtest; WELCHER?** Fruktose, Glukose, Laktose, Laktulose
  
- Andere Untersuchung/Behandlung**, z.B. Sonographie: .....

**Klinische Angaben, Fragestellung:** ASA-Stadium  I /  II /  III /  IV

.....  
.....

**Jetzige Medikamente:**  Aspirin  Antikoagulation  Diabetesbehandlung

weitere wichtige Medikamente.....

Medikamentenliste des Patienten in der Beilage

**weitere Beilagen:**.....

**Zuweisende(r) Ärztin/Arzt:** Datum, Stempel, Unterschrift