



Bitte oben Patientendaten aufdrucken

Ihr Stempel

Fax an: 0561 - 77 94 17

- Terminvereinbarung mit Patient
- Terminvergabe an Praxis

Telefonnummer oder Email-Adresse des Patienten:

---

Verdachtsdiagnose / Bemerkungen

---

Terminwunsch:

- Notfall
- innerhalb von 2 Tagen
- innerhalb von 2 Wochen
- innerhalb von 4 Wochen
- elektiv
- Untersuchung durch Ärztin
- Untersuchung unter stationären Bedingungen als konsiliarärztliche Leistung

Folgende Befunde liegen vor und werden im Anhang mitgefaxt:

- Relevante Krankenhausberichte
- Gastroenterologische Voruntersuchung(en)
- Endoskopische Voruntersuchung(en)
- Histologie(n)
- Labor
- Medikamentenplan
- Sonstige
- 

Terminart:

- Gastroenterologische Sprechstunde
- Diabetologische Sprechstunde
- Hepatologische Sprechstunde
- CED-Sprechstunde
- Sonografie
- H2-Atemtest (z. B. Lactose, Fructose)
- Teilkoloskopie
- Ileokoloskopie
- Leberbiopsie (in der Klinik)
- Gastroskopie
- C13-Atemtest (Helicobacter pylori-Nachweis)
- Gestationsdiabetes
- standardisierter OGTT
- Diabetesschulung
- Ernährungsberatung