

## Terminvereinbarung Endoskopie-Ambulanz

Bitte um ausschließliche Anmeldung mit diesem Formular per

**DAME: KAGES015**

(falls kein DaMe vorhanden bitte um postalische Zusendung)

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ÖGD              | <input type="checkbox"/> ERCP               | <input type="checkbox"/> EUS                | <input type="checkbox"/> Abdomen/Nieren Sonographie |
| <input type="checkbox"/> Koloskopie       | <input type="checkbox"/> PEG                | <input type="checkbox"/> EUS-Punktion       | <input type="checkbox"/> Kontrastmittel-Sonographie |
| <input type="checkbox"/> Kapselendoskopie | <input type="checkbox"/> Ballonenteroskopie | <input type="checkbox"/> Lebervenenkatheter | <input type="checkbox"/> Punktion                   |

### Kontaktdaten Patient/in bzw. Patientenetikett

Name: .....

Geb.-Datum: .....

Telefon: .....

### Kontaktdaten Zuweiser/in

Name: .....

Station/Abteilung: .....

Telefon: .....

### Aktuelle Beschwerden:

.....

### Konkrete Fragestellung/konkreter Eingriff:

.....

### Besonderheiten bitte unbedingt ausfüllen!

- |                                |                                 |                                  |                                 |
|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ASA I | <input type="checkbox"/> ASA II | <input type="checkbox"/> ASA III | <input type="checkbox"/> ASA IV |
|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|

### Gerinnungshemmung

- |                             |                               |                                       |                                      |                                    |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Thrombozytär | <input type="checkbox"/> Plasmatisch | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|

### Letzte ÖGD (wo, wann, Ergebnis):

.....

### Letzte Koloskopie (wo, wann, Ergebnis):

.....