

Terminvereinbarung Ösophagus-Ambulanz

Bitte um ausschließliche Anmeldung mit diesem Formular per

DAME: KAGES015

☐ **Erstvorstellung**

☐ **Kontrolltermin**

Kontaktdaten Patient/in (Patientenetikett)

Name:

Geb.-Datum:

Telefon:

E-Mail:

Kontaktdaten Zuweiser/in (Stempel)

Name:

Station/Abteilung:

Telefon:

E-Mail:

Aktuelle Beschwerden:

.....

Konkrete Fragestellung:

.....

Relevante Vorbefunde für den Termin zur Erstvorstellung bitte mitsenden!
(Falls vorhanden)

- ✓ ÖGD
- ✓ Schluckaktröntgen
- ✓ CT/MR

Termin:

(wird per E-Mail zugesandt)

Terminbestätigung retour am:

Handzeichen: