Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Kiel
Medizinische Klinik 1
Direktor: Prof. Dr. S. Schreiber; Leitung Endoskopie Dr. Mark Ellrichmann

Anmeldung Interdisziplinäre Endoskopie

Patientendaten: **Name** _____

Vorname: _____

Geb.-Datum _____

Indikation der Untersuchung/Fragestellung, kurze Anamnese:

_____

_____

Gewünschte Untersuchung:

- ☐ Ösophago-Gastro-Duodenoskopie
- ☐ Transorale Endosonographie
- ☐ Ileo-Koloskopie
- ☐ Sigmoidoskopie
- ☐ Procto-/Rectoskopie
- ☐ Transrectale Endosonographie
- ☐ Bronchoskopie
- ☐ Transbronchiale Endosonographie
- ☐ ERCP
- ☐ PTC
- ☐ Kapselendoskopie
- ☐ pH-Metrie
- ☐ Manometrie
- ☐ _____

Erforderliche Maßnahmen:

- ☐ PEG-Anlage
- ☐ Bougierung/Ballondilatation
- ☐ Biopsienahme/Stufenbiopsien
- ☐ Feinnadelbiopsie
- ☐ _____

Praxisstempel

Laborwerte: Quick/INR _____; PTT _____ sec; Thrombos: _____ /nl

Wunschtermin: _ _ / _ _ / _ _ _ _

Bürozeiten: montags – freitags 8.00 Uhr bis 15.30 Uhr
Telefon: 0431-597-4322 oder -4643; Fax: 0431-597-5364