Formular

**Zuweiserformular Endoskopie inkl Tagesklinik Interne 4**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Interdisziplinäre gastrointestinale Endoskopie**  **Leiter: OA Doz. Dr. Georg Spaun (Chirurgie) OÄin Melanie Kienbauer (Interne 4)**  **Telefon: 0732 76 77-7374**  **E-Mail:** [**endoskopie@ordensklinikum.at**](mailto:endoskopie@ordensklinikum.at) | | | | | | |
| **Zuweiser\*in:** |  | | | **Datum:** | |
| **Tel. Zuweiser\*in:** |  | | | **Fax:** | |
| **Pat.-Name:** |  | | | | |
| **Geburtsdatum:** |  | | | **SV-Nummer:** | |
| **Tel. Patient\*in:** |  | | | | |
| **Termin Info durch BHS an**  **Patient\*in**  **Zuweiser\*in (kontaktiert Patient)** | | | | | |
| **Telefonische Rücksprache mit Zuweiser\*in erbeten** | | | | | |
| **Indikation:** | | | | | |
| **Gewünschte Untersuchung** | | | | | |
| Gastroskopie  EUS ohne Biopsie  EUS mit Biopsie | | | Coloskopie  Kapselendoskopie (Checkliste beachten)  ERCP | | |
| ambulant | | stationär | | | unklar |
| dringlich (zusätzlich anrufen!) | | < 4 Wochen | | | > 4 Wochen / elektiv |
| **Gerinnungshemmende Medikation:**  Marcoumar NOAK Clopidogrel ASS Heparin | | | | | |
| **Bitte Checkliste und relevante Befunde übermitteln!!!**  **FAX: +43 732 7677 7508 oder Email: endoskopie@ordensklinikum.at** | | | | | |
|  | | | | | |
| Bitte **NICHT** ausfüllen (wird im Krankenhaus ausgefüllt)!!! | | | | | |
|  | | | | | |
| **Dringlichkeit:**  innerhalb von 4 Wochen  1-3 Monate  > 3 Monate | | | | | |
| **Termin ambulant**  **Vorgespräch** **Tagesklinik (3C)**  **Termin Tagesklinik (3C)**  **Termin stationär (Station \_\_\_)** | | | **am:**  **am:**  **am:**  **am:** | | |
| **Datum**: **Bearbeiter OKL BHS (Name)**: | | | | | |