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** |
| **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)**:  |