

ZUWEISUNG
Gastroenterologische Ambulanz
(Erstvorstellung)
OA Dr. Angela Sattlegger



Bitte an DaME: KHSPDRAU oder
pst2.Mitte@khspittal.com senden

Abteilung für Innere Medizin
Prim. Dr. Heike Muchar

Patientendaten (Name, Geburtsdatum, Telefonnummer des Patienten)	_____ _____ _____
Befund ergeht an	_____ _____ _____
Vorbefunde (Gastroskopie, Koloskopie) mit Durchführungsdatum	☐ JA (welche): _____ Ergebnis: _____ _____ ☐ NEIN
Bildgebung, Labor, Calprotectin mit Durchführungsdatum	☐ JA (welche): _____ Ergebnis: _____ _____ ☐ NEIN
Familienanamnese bzgl. chron. entzündlicher Darmerkrankungen: Sonstige relevante Vorerkrankungen wie KHK, PAVK, Hypertonie, Diabetes, etc.	☐ JA: _____ ☐ NEIN ☐ JA (welche): _____ ☐ NEIN
Fragestellung	_____ _____ _____
Ambulanztermin	am: _____ vergeben von: _____