

# ANMELDUNG

<input type="checkbox"/> <b>Standort Zürich</b> Seestrasse 90 8002 Zürich	<input type="checkbox"/> <b>Standort Zürich</b> Grütlistrasse 84 8002 Zürich	<input type="checkbox"/> <b>Standort Horgen</b> Tödistrasse 62 8810 Horgen
T +41 44 512 22 22   F +41 44 970 22 22   E-Mail: <a href="mailto:gastroklinik@hin.ch">gastroklinik@hin.ch</a>   <a href="http://www.gastroklinik.ch">www.gastroklinik.ch</a>		

Prof. Dr. med. Hasan Kulaksiz

Dr. med. (TR) Ahmet Kocaoglu

Dr. Dr. med. Michael Doulberis

Dr. med. Martin Kaufmann

keine Präferenz

NAME, VORNAME: \_\_\_\_\_ GEBURTSDATUM: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_

TELEFON PRIVAT: \_\_\_\_\_ GESCHÄFT: \_\_\_\_\_

KRANKENKASSE, MITGLIED NR: \_\_\_\_\_

## GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG

### Diagnostische Endoskopie

- Oesophago-Gastro-Duodenoskopie
- Ileo-Koloskopie
- Rektosigmoidoskopie
- Ano-Proktoskopie / Behandlung von Hämorrhoiden, Analfissuren, Fisteln
- Endosonografie
- ERCP
- Enteroskopie
- Kapsel-Endoskopie

### Sonografie

- Sonografie Abdomen
- KM-Sonografie Leber
- Hepatologisches Konsilium
- Leber-Biopsie
- Elastographie

### Interventionelle Endoskopie

- Polypektomie
- Endoskopische Mukosa-Resektion (EMR)
- Endoskopische Submukosa-Dissektion (ESD)
- Vollwandresektion (FTRD)
- Endoskopische Tumortherapie
- Zenker-Divertikulotomie
- Endosonografische Punktion
- Notfall-Endoskopie Klinik Im Park
- Interventionelle Endoskopie (z.B. Stenose-Behandlung, Dilatation)
- Bougierung, Stent-Einlage, Argonplasmakoagulation (APC)
- ERCP interventionell

### Funktionsdiagnostik

- PH-Metrie (Bravo-Kapsel)
- Atemtest (Laktose, Fruktose, Helicobacter)
- SIBO-Diagnostik
- Gastroenterologisches Konsilium

- Hospitalisation und Betreuung in der Hirslanden Klinik Im Park (halbprivat und privat)

## KLINISCHER BEFUND UND FRAGESTELLUNG

## WICHTIGE ALLGEMEINDIAGNOSEN, MEDIKAMENTE UND PATHOLOGISCHE LABORBEFUNDE

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antikoagulation             | <input type="checkbox"/> Endokarditis-Prophylaxe                                      |
| <input type="checkbox"/> Termin vereinbart auf _____ | <input type="checkbox"/> Allergien  |
| <input type="checkbox"/> Routine/Kontrolle           | <input type="checkbox"/> Bitte neue Formulare senden                                  |
| <input type="checkbox"/> Aggregationshemmer          | <input type="checkbox"/> Dringend (Falls <b>Notfall</b> : Bitte telefonisch anmelden) |

DATUM: \_\_\_\_\_

ARZT: \_\_\_\_\_  
(Unterschrift und Stempel)