

ANMELDUNG GASTROENTEROLOGIE

Polipraxis Wil AG
Obere Bahnhofstrasse 1
9500 Wil

071 911 14 60
polipraxis.wil@hin.ch

Patient*in

Name

Vorname

Geburtsdatum

Tel.

Mobile

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Zuständige Versicherung und Versicherungs-Nr.

Termin vereinbart auf

Patient*in bitte aufbieten

Anamnese / Indikation

Fragestellung

Bekannte Risiken
(OAK, Allergien,
Epilepsie, etc.)?

Gewünschte Untersuchung

Gastroskopie

Coloskopie

Rektoskopie

Sonographie (KM-Sonographie)

Konsultation

Sonstiges

Zuweiser*in

Titel, Name und Vorname

Anmeldung senden

