

## 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

Kostenträger

Versicherten-Nr.

Termin vereinbart auf

Patient/in bitte aufbieten

---

### Anamnese / Indikation

### Fragestellung

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

---

### Gewünschte Untersuchung

Gastroskopie

Sonographie (KM-Sonographie)

Coloskopie

Konsultation

Rektoskopie

Weiteres:

---

### Zuweiser\*in

Titel, Name und Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Tel.

Email

Datum: