

## ANMELDUNG GASTROENTEROLOGIE

Dr. med. Michael Lipinski  
Facharzt für Gastroenterologie FMH

Polipraxis Wil, Obere Bahnhofstrasse 1, 9500 Wil  
polipraxis.wil@hin.ch | +41 71 911 14 60

Dr. med. Peter Staub  
Facharzt für Gastroenterologie FMH

### Patient\*in

Name  Vorname   
Geburtsdatum  Tel.  Mobile   
Strasse, Nr.  PLZ, Ort   
Kostenträger  Versicherten-Nr.   
Termin vereinbart auf  Patient/in bitte aufbieten

### Anamnese / Indikation

**Fragestellung (bei dringenden Zuweisungen bitte telefonische Kontaktaufnahme)**

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

### Gewünschte Untersuchung

Gastroskopie  Sonographie (KM-Sonographie)  
 Coloskopie  Konsultation  
 Rektoskopie Weiteres:

### Gewünschter Arzt

Dr. med. Michael Lipinski  erster verfügbarer Arzt  
 Dr. med. Peter Staub

### Zuweiser\*in

Titel, Name und Vorname   
Strasse, Nr.  PLZ, Ort   
Tel.  Email

Anmeldung als Email versenden