

**Gastroenterologie**  
**Dr. med. Stefan Bauer, Leitender Arzt**  
Fon: 034 421 23 10  
Fax: 034 421 23 35  
Mail: gastro-rse@hin.ch  
EAN:760 1000 145 499  
Regionalspital Emmental  
3400 Burgdorf  
www.rs-e.ch

Dr. med. Stefan Bauer  
Gastroenterologie FMH  
Regionalspital Emmental  
3400 Burgdorf

**Anmeldung für**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oesophagogastroduodenoskopie       | <input type="checkbox"/> ERCP                               |
| <input type="checkbox"/> Koloskopie                         | <input type="checkbox"/> Abdomensonographie                 |
| <input type="checkbox"/> Sigmoidoskopie                     | <input type="checkbox"/> GE-Abklärung nach eigenem Ermessen |
| <input type="checkbox"/> Rektoskopie/Hämorrhoidenbehandlung | <input type="checkbox"/> .....                              |
| <input type="checkbox"/> notfallmässig                      | <input type="checkbox"/> dringlich                          |
|   | <input type="checkbox"/> nicht dringlich                    |

**Patient**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.-Dat: \_\_\_\_\_ Fon P: \_\_\_\_\_ G: \_\_\_\_\_ M: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

**Bisherige Befunde:** (Anamnese/Klinik/Labor,Quick,Thrombo/Rx/ Sono/CT/MR)

---

---

---

---

---

---

---

---

Bisherige Therapie: \_\_\_\_\_

**Fragestellung:**

---

---

---

- Termin vereinbart auf: \_\_\_\_\_  
 Bitte aufbieten  
 Beilagen:

Stempel und Unterschrift des/der  
zuweisenden Arztes/Ärztin:

Datum: \_\_\_\_\_