



**Anmeldung zur gastroenterologischen Untersuchung**

---

PD Dr. med. Daniel Külling  
Seefeldstrasse 214  
CH-8008 Zürich

T 044 421 70 00, F 044 421 70 07, darm@hin.ch  
direkt an Tramstation Wildbachstr. (Tram 2/4, Bus 33/912/916)  
200 m entfernt von Bahnhof Tiefenbrunnen (S 6/16, Bus 910)

---

**Termin vereinbart auf** \_\_\_\_\_  **Bitte zur Untersuchung aufbieten**

Name, Vorname, Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_ Telefon Geschäft \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Telefon Mobile \_\_\_\_\_

**Gewünschte Untersuchung**

Gastroskopie

Koloskopie       Sigmoidoskopie       Proktoskopie

Sonografie Abdomen       Leberbiopsie

Gastroenterologie Konsilium       Anderes: \_\_\_\_\_

**Beschwerden** \_\_\_\_\_

**bisherige Befunde** \_\_\_\_\_

**bisherige Therapie** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Fragestellung** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Beilagen** \_\_\_\_\_

**Datum** \_\_\_\_\_ **Zuweisende/r Arzt/Aerztin** (Unterschrift, Stempel) \_\_\_\_\_

Bitte um Zustellung neuer Anmeldeformulare (auch erhältlich bei [www.endoskopie-praxis.ch](http://www.endoskopie-praxis.ch))