

## Anmeldeformular Gastroenterologie

### Patientendaten

Name Vorname

Geburtsdatum

Strasse PLZ, Ort

Tel. Privat Tel. Mobil

Krankenkasse

### Gastroenterologie

PD Dr. med. Michael Sulz  
Leitender Arzt  
Dr. med. Tobias Kukiolka  
Oberarzt mbF  
dipl. Arzt György Gyimesi  
Oberarzt  
Dr. med. univ. Stefan Kormann  
Assistenzarzt  
Dr. med. Ferdinand Fischer  
Assistenzarzt

Telefon +41 71 686 25 25

[gastroenterologie.ksm@stgag.ch](mailto:gastroenterologie.ksm@stgag.ch)

[www.stgag.ch](http://www.stgag.ch)

### Gewünschte Untersuchung

Gastroskopie	Proktoskopie
Koloskopie	ERCP
Darmvorbereitungslösung bereits erhalten	Sonographie
Darmvorbereitungslösung durch das Spital	Andere:

### Anamnese/Indikation

### Fragestellung

### Bemerkung

**Datum**

**Einweisender Arzt** (Stempel)

**Hausarzt** (falls nicht einweisender Arzt)