



Prof. Dr. med. Stephan Vavricka  
PD Dr. med. Heiko Frühauf

## Anmeldeformular für Konsultationen und Untersuchungen

Patientenangaben:

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Klinische Angaben / Fragestellung:

Dringlichkeit:

- Nächste 3 Tage
- Innert 1-2 Wochen
- Elektiv
- Wunschtermin:

OAK:  ja Tc: \_\_\_\_\_ Quick/INR: \_\_\_\_\_

Allergien:  ja, \_\_\_\_\_

Abklärungsblöcke:

- Leber (Sprechstunde, Ultraschall, ggf. Biopsie)
- Anämie (Oesophago-Gastro-Duodenoskopie, Koloskopie, evtl. Sonographie Abdomen)
- Chronische Diarrhoe (Sprechstunde, evtl. Labor, evtl. Stuhltest, evtl. Koloskopie, evtl. Darmsonographie)
- Stuhlinkontinenz (Sprechstunde, Hochauflösende Analkanometrie, evtl. untere Endosonographie)
- Entleerungsstörung (Sprechstunde, Hochauflösende Analkanometrie und Perzeptionsmessung)
- Dysphagie (Sprechstunde, Gastroskopie, evtl. Ösophagusmanometrie / EndoFLIP / pH-Metrie)
- pH-Manometrie (Sprechstunde, hochauflösende Ösophagusmanometrie und 24h-Impedanz-pH-Metrie)
- Drahtlose pH-Metrie (Sprechstunde, Gastroskopie und 48h-pH-Metrie mittels Bravo®-Kapsel)

Untersuchungen:

- Sprechstunde Gastroenterologie / Hepatologie / Funktionsdiagnostik / IBD)
- Sonographie (  Abdomen,  Darm,  Scherwellenelastographie,  Kontrastmittel)
- Oesophago-Gastro-Duodenoskopie
- Ileokoloskopie mit ggf. Polypektomie
- Rektosigmoidoskopie mit ggf. Polypektomie
- Proktoskopie, ggf. mit Hämorrhoidenligatur
- Obere flexible Endosonographie (evtl. mit Feinnadelpunktion)
- Untere flexible Endosonographie
- Hochauflösende Ösophagusmanometrie
- EndoFLIP / EsoFLIP-Impedanz-Planimetrie zur Messung der Distensibilität und ggf. Dilatation des ösophagogastralen Übergangs oder des Pylorus
- 24h – Impedanz-pH-Metrie (benötigt vorgängig hochauflösende Ösophagusmanometrie)
- 48h – pH-Metrie (benötigt Gastroskopie zur Platzierung der drahtlosen Bravo®-Kapsel)
- Hochauflösende Analkanometrie (inkl. Perzeptionsmessung)
- H<sub>2</sub>-Atemtest (  Laktose,  Fruktose,  Laktulose)
- <sup>13</sup>C-Atemtest für *Helicobacter pylori*

**Absenderangaben:** E-Mail / Tel. & Unterschrift: