



Fax: 02473/89-0083
Telefon: 02473/89-4444
Email: terminanfragenendo-sim@artemed.de

1. Anmeldende Praxis	2. Patientendaten		
	Name		
	Adresse		
	Geburtsdatum		
	Telefon		
	Versicherung	<input type="checkbox"/> GKV	<input type="checkbox"/> PKV

3. Indikation		
---------------	--	--

--	--	--

4. Gewünschte Untersuchung		
----------------------------	--	--

<input type="checkbox"/> Gastroskopie	<input type="checkbox"/> Elektiv	<input type="checkbox"/> Dringlich
<input type="checkbox"/> Koloskopie	<input type="checkbox"/> Elektiv	<input type="checkbox"/> Dringlich
	<input type="checkbox"/> Polypennachsorge	
	<input type="checkbox"/> Vorsorge	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. Beschwerden):	
	<input type="checkbox"/> weibliches Untersuchungsteam gewünscht?	
<input type="checkbox"/> Endosonographie		
<input type="checkbox"/> H2-Atemtest		
	<input type="checkbox"/> Laktose (Laktoseunverträglichkeit)	
	<input type="checkbox"/> Fruktose (Fruktoseunverträglichkeit)	
	<input type="checkbox"/> Glucose (bakterielle Fehlbesiedlung)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		
<input type="checkbox"/> TEE / elektrische Kardioversion		

Terminrückmeldung				
-------------------	--	--	--	--

Vorgespräch	Datum		Uhrzeit	
Untersuchung	Datum		Uhrzeit	