


Anschrift

Absender oder Praxisstempel



**Einweisung / Überweisung zur:** \_\_\_\_\_

↓ Diesem Bericht sind beigelegt:

1.1 Einweisungsschein für die Klinik		
1.2 Röntgen-Thorax	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
1.3 Oberbauchsonogramm	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
1.4 Doppler-Sonogramm der Gefäße	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
1.5 i. v. Galle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
1.6 MDP	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
1.7 Colonkontrasteinlauf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
1.8 EKG-Befunde	<input type="checkbox"/> Ruhe	<input type="checkbox"/> Belastung
1.9 Andere Befunde z. B.	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> NMR
	<input type="checkbox"/> Szintigramm	<input type="checkbox"/> 24-h-EKG/-ABDM
1.10 Befundberichte welche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> von wo/wann
		<input type="checkbox"/> Echokardiogramm

<b>2. Zur Anamnese</b>	ICD-Schlüssel
<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen (Infarkt, KHK, Rhythmusstörungen)	_____
<input type="checkbox"/> Lungenleiden (Asthma, Infarkt, Embolie)	_____
<input type="checkbox"/> Magen-, Duodenalulcus	_____
<input type="checkbox"/> Erkrankungen der Gallenblase (Steine, Entzündungen)	_____
<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen (Hepatitis, Ikterus, Zirrhose)	_____
<input type="checkbox"/> Pankreatitis	_____
<input type="checkbox"/> Darmerkrankungen (Entzündung, Polypen, Tumore)	_____
<input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen (AVK, Varikosis, Apoplex)	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____
<input type="checkbox"/> Hypertonus	_____
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen	_____
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	_____

**3. Operationen**

Darm       Galle       Magen       Gefäße       Herz

Sonstige:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>4. Frühere invasive Therapie</b>		
Gastro-Duodenoskopie	wann _____	wo _____
Coloskopie, Rectoscopie	wann _____	wo _____
ERCP bzw. PT	wann _____	wo _____
PTCA	wann _____	wo _____

<b>5. Besonderheiten</b>	
<input type="checkbox"/> Allergien (z. B. Röntgenkontrastmittel) _____	
<input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Adipositas	


<b>6. Laborwerte pathologisch</b>	
_____	
_____	

<b>7. Derzeitige medikamentöse Therapie</b>		
_____	seit _____	Dosis _____
_____	seit _____	Dosis _____
_____	seit _____	Dosis _____
_____	seit _____	Dosis _____
_____	seit _____	Dosis _____
_____	seit _____	Dosis _____

<b>8. Hausarzt</b> _____	
Telefon _____	Fax _____

<b>9. Unterlagen zurück an:</b>	
_____	

<b>10. Bemerkungen</b>	
_____	
_____	
_____	

	
Arztunterschrift	Datum