



Anmeldung für eine planbare stationäre Polypektomie/ESD/EFTR

per Fax: 089/ 1797-3721

Patientendaten:

Vorname: _____ Name: _____

Geb. Datum: _____ Geschlecht: männlich weiblich divers

Telefonnummer: _____

Wir melden uns innerhalb einer Woche selbstständig bei dem Patienten

Wichtig!

Größe: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

Vorerkrankungen:

Schlafapnoe mit Maske KHK VHF Asthma COPD (Grading ____)

Sonstiges _____

Medikamente:

Blutverdünnung Wirkstoff(e): _____

Diagnose: _____

Lokalisation: _____

Dringlichkeit: zeitnah 4-8 Wochen

Bitte hängen Sie dieser Anmeldung immer Ihren Befund und ggf. eine Histologie mit an

Praxisstempel Telefonnr., Faxnr., Ansprechpartner:	Terminbestätigung der Klinik für Innere Medizin prästat. Termin: _____ stat. Aufnahmetermin: _____ Patient*in ist über die Termine informiert
---	--