Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie
Chefarzt: Dr. med. S. Schanz

Fax zur prästationären Einweisung
Fax: 0271 / 705 – 1204
Telefon: 0271/705 – 602020
Mail: gastroenterologie@klinikum-siegen.de

Ich möchte folgende Patientin / folgenden Patienten elektiv zuweisen:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-dat.: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Einweisender Arzt: _____

Einweisungsgrund (Verdachtsdiagnose / Symptome / Symptomdauer):

Bitte das Formular <u>vollständig</u> ausfüllen und relevante Vorbefunde (insbesondere bisherige Diagnostik, Bild- und Laborbefunde sowie Medikamentenplan) hinzufügen!

_____

Interne Vermerke

Termin: Mitgeteilt am: