



**Abteilung für Innere Medizin I**

Chefarzt: Prof. Dr. med. Hauke Heinzow

**Gastroenterologie**

Tel. 0651 208-3820

Fax 0651 208-3833

aufnahmemed1.bkt@bbtgruppe.de

**Terminanfrage zur elektiven stationären Behandlung in der Gastroenterologie  
(Rückmeldung bevorzugt per Fax oder E-Mail)**

**Patientendaten**

Erstvorstellung

Bekannt

**Terminwunsch/Dringlichkeit:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name Vorname Geb.-Datum

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse Versicherungsstatus (stationär)

\_\_\_\_\_  
Straße PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon E-Mail

**Fragestellung/Grund der stationären Einweisung**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ist eine Antikoagulation verschrieben?

Ja, welches Medikament? \_\_\_\_\_

Nein

**Um die Bearbeitung zu erleichtern, bitten wir Sie die Vorbefunde beizufügen (Labor, Befunde der Bildgebung, Arztbriefe, Medikationsliste)!**

Telefonische Rücksprache gewünscht (bitte Durchwahl angeben) \_\_\_\_\_

Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Kontaktdaten des Einweisenden (Adresse/Telefon/Fax)