



**Dr. med. Alexander Braun**  
FMH Gastroenterologie und Chirurgie  
FMH Gastroentérologie et Chirurgie

**Patientenanmeldung:**  
gastroenterologie.zentrum.biel@hin.ch

GLN -Nummer 7601003399653

## Patientenanmeldung

Elektiv       Dringender Eingriff / Notfall

Grundversicherung

Versicherungskarten-Nr:

Zusatzversicherung

Nr:

### Personalien / Patientenetikett

M     W      Geb.datum:

Name:

Vorname:

Adresse:

Telefon Privat:

Telefon Mobil:

**Kostenübernahme:**     Krankenkasse     UVG     Suva     IV     MV     Selbstzahler

### Diagnosen und Nebendiagnosen:

#### Geplante Untersuchung / Eingriff:

- Gastroskopie
- Koloskopie
- Sigmoidoskopie
- ERCP
- Endosono oral
- Endosono rektal
- Pouchoskopie
- FTRD
- PEG / PEJ
- Polypabtragung
- Tumornachsorge
- Zweitmeinung
- Andere: \_\_\_\_\_

#### Sonstige Informationen:

Wichtige Angaben zur Patientensituation

**Allergien**

**Verordnung / Medikamente / Antikoagulanzen**

**Zuweisender Arzt:**

**Adresse:**

**Mail-Adresse (HIN):**