



**Magen Darm Leber Praxis**  
Dr. med. Robert Bründler  
Facharzt FMH Gastroenterologie  
Facharzt FMH Innere Medizin  
Hertensteinstrasse 29  
6004 Luzern

**Patient/-in (Kleber):**

Name:

Vorname:

Tel P:

Natel:

Geb. Dat:

Tel G:

Strasse:

KK:

KK-Nummer:

PLZ:

Ort:

Sektion:

Termin bereits abgemacht Datum: \_\_\_\_\_

- Bitte telefonisch aufbieten       zu Hause       im Geschäft       Natel  
 Bitte schriftlich aufbieten       Patient meldet sich selber

**Klinische Angaben, Indikation oder Fragestellung:**

**Gewünschte Untersuchung/Abklärung:**

- Gastroskopie  
 Koloskopie  
 Proktologie  
 Sonographie Abdomen  
 Kontrast-Sono Leber (Dr. Bründler)  
 Konsiliarische Abklärung  Praxis-Flyer  
 Sprechstunde Hepatologie  
 Sprechstunde entzündliche Darmerkrankungen

**Generelle Wünsche:**

- Dr. R. Bründler ad personam  
 Baldmöglichst (Arzt n. Verfügbarkeit)  
 Bericht:  Tel  Fax  e-mail

**Vorbereitung Koloskopie:**

Sie können dem Patienten 1OP PLENVU abgeben. Sie können auch gerne alles uns überlassen. Wir senden allen Patienten Instruktionen und zusätzliche Medikamente (2 Drg. Prontolax und 2 Drg. Motilium lingual) zu.

**Dringliche Endoskopie/Beurteilung/Besprechung** (bitte tel. Anmeldung)

Praxisstempel:

Datum:

Unterschrift: