



Herrn  
Dr. med. B. K uchler  
Gastroenterologie FMH  
-----

**Anmeldung f ur:**

- Oesophago-Gastro-Duodenoskopie
- Kolonoskopie
- Prokto-Sigmoidoskopie
- Abdominalultraschall

---

**Personalien des Patienten**

.....

.....

.....

.....

---

**Vereinbarter Termin:** .....

Praxis  
Dr.med. B. K uchler  
8840 Einsiedeln  
Tel. 055 412 45 63

***falls Praxis geschlossen:***  
*Regionalspital Einsiedeln*  
*8840 Einsiedeln*  
*Tel. 055 418 51 11*

---

**Fragestellung:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.Datum: .....

zuweisender Arzt: .....