



AFC Gastroskopie:
protocole des examens (Formulaire 4)

Nom	
Prénom	
GLN	
Période	du _____ au _____

Nr.	Date	Indication (mot clé / Hémostase?)	Cabinet	Hôpital

Veillez l'envoyer avec le "formulaire de confirmation" et le "formulaire 2" à

Secrétariat SSG
c/o gkaufmann Verbandsmanagement
Wattenwylweg 21
3006 Bern
office@sqqssg.ch