



PATIENTENANMELDUNG MEDIZINISCHE DIAGNOSTIK

Patient/in <input type="checkbox"/> aufbieten <input type="checkbox"/> meldet sich			
Untersuchungstermin:			
Familienname:		Ledig-Name:	
Vorname:			
Geb. Datum:		Telefon:	
Adresse:		PLZ/Ort:	
Kostenträger: <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> SUVA <input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> IV Genaue Bezeichnung und Adresse der Kasse / Versicherung: _____			
Versicherungsnummer: _____			
Arbeitgeber: _____			
Klinischer Befund und Diagnose:			

Fragestellung:			

Gewünschte Untersuchung:			
Lungenfunktionen	Ambulatorium	Endoskopie	Fragebogen
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:
<input type="checkbox"/> Spirometrie	<input type="checkbox"/> Kons.Pneumologe	<input type="checkbox"/> Flexible Bronchoskopie	<input type="checkbox"/> Anamnese FB
<input type="checkbox"/> Bronchospasmyse	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 min	<input type="checkbox"/> mit Anästhesie	<input type="checkbox"/> Schlaf FB
<input type="checkbox"/> Inhalation absetzen		<input type="checkbox"/> BAL	<input type="checkbox"/> CAT FB
<input type="checkbox"/> Plethysmographie	<input type="checkbox"/> Blutentnahme	<input type="checkbox"/> EBUS-TBNA	<input type="checkbox"/> ACT FB
<input type="checkbox"/> CO-Diffusionskapazität		<input type="checkbox"/> TBB mit Durchleuchtung	
<input type="checkbox"/> ABGA oder <input type="checkbox"/> KBGA		<input type="checkbox"/> TBB periphere Sonde	
<input type="checkbox"/> O ₂ - Titration		<input type="checkbox"/> Nadel-Punktion	
<input type="checkbox"/> FeNO	Schlafmedizin		
<input type="checkbox"/> Methacholin - Bronchoprov.	<input type="checkbox"/> Polygraphie	<input type="checkbox"/> Thoraxsonographie	
<input type="checkbox"/> 6-Gehtest	<input type="checkbox"/> Pulsoxymetrie	<input type="checkbox"/> Pleurapunktion	
<input type="checkbox"/> ohne O ₂ <input type="checkbox"/> mit O ₂ __ Liter		<input type="checkbox"/> Drainage / PleurX	
<input type="checkbox"/> Spiroergometrie		<input type="checkbox"/> Durchleuchtung	
<input type="checkbox"/> Bitte Bericht faxen an Fax-Nr.:			
<input type="checkbox"/> Bitte neue Anmeldeformulare (Vorlage auch unter www.spitalherisau.ch «Downloads für Ärzte» verfügbar)			
Datum:		Stempel und Unterschrift:	
_____		_____	