



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: | |
| _____ | | _____ | |