

Zuweisung Pneumologie

 Für Notfälle wenden Sie sich bitte direkt an den Dienstarzt der Medizin (044 911 14 00)

Patientenname:		Vorname:		Geburtsdatum:
Adresse:		PLZ/Ort:		Telefon:
Termin:	<input type="checkbox"/> dringlich	<input type="checkbox"/> nicht dringlich	<input type="checkbox"/> Gewünscht am	
Versicherungsklasse:	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Allgemein	
Aufenthaltsart:	<input type="checkbox"/> Ambulant	<input type="checkbox"/> Stationär		
Diagnose/ Problem:				
Anamnese/Befund:				
Bisherige Medikamente:				
Fragestellung:				
Deutschkenntnisse:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Falls nein, welche Sprachkenntnisse:	
Beruf:				
Gewünschte ambulante Untersuchung:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Konsilium <input type="checkbox"/> Bronchoskopie <input type="checkbox"/> EBUS (endobronchialer Ultraschall) <input type="checkbox"/> Pleurapunktion <input type="checkbox"/> Pleuraler Verweilkatheter (PleurX) <input type="checkbox"/> Kl. Lungenfunktionsprüfung <input type="checkbox"/> Gr. Lungenfunktionsprüfung inkl. CO-Diffusion <input type="checkbox"/> Gr. Lungenfunktionsprüfung CO-Diffusion <input type="checkbox"/> Stickstoff-Monoxid (NO) in Ausatemluft </div> <div> <input type="checkbox"/> Allergieabklärung (kutaner Pricktest) <input type="checkbox"/> Bronchoprovokation (Methacholin) <input type="checkbox"/> Ergospirometrie <input type="checkbox"/> 6-Minuten-Gehtest <input type="checkbox"/> Blutgasanalyse <input type="checkbox"/> Einstellung O₂-Langzeittherapie <input type="checkbox"/> Kontrolle O₂-Langzeittherapie <input type="checkbox"/> nächtliche Pulsoxymetrie <input type="checkbox"/> nächtliche kardio-resp. Polygraphie (Schlafabklärung) </div> </div>			

Datum:

Unterschrift:

Zuweisender Arzt

Telefon:

Bitte mit Stempel und Unterschrift (falls nicht per Email verschickt)