

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:	<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				<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 O ₂ -Langzeittherapie <input type="checkbox"/> Kontrolle O ₂ -Langzeittherapie <input type="checkbox"/> nächtliche Pulsoxymetrie <input type="checkbox"/> nächtliche kardio-resp. Polygraphie (Schlafabklärung)

Datum:

Unterschrift:

Zuweisender Arzt

Telefon:

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