

Anmeldung für ambulante Untersuchungen

Name

Vorname

Geb.Dat.

Telefon

Adresse

E-Mail

PLZ | Ort

Anmeldender Arzt

Anmeldedatum

Notfall

Gewünschter Termin (ca.)

Bitte Patient direkt aufbieten

Problem | jetziges Leiden

Für ausführlichere Angaben bitte separates Schreiben beilegen.

Bitte **Befunde relevanter Voruntersuchungen** wie Labor, Röntgen und spezialärztliche Berichte beilegen.

Fragestellung

Aktuelle Medikation (bitte Kopie der Medikamentenkarte beilegen)

Für Endoskopien / Punktionen	INR	Thrombozyten	Hb	von (Datum)
Belastungs-EKG			Herzschriftmacher-Kontrolle	
Spiroergometrie			Elektrokonversion	
24-/48-Stunden-EKG			Ultraschall-Untersuchung	
Event-EKG (für seltenere Arrhythmien)			US-gesteuerte Biopsie	
24-Stunden-Blutdruckmessung			Obere Panendoskopie	
Kipp-Tisch-Versuch (tilt-table Test)			Koloskopie	
Echokardiographie			Bronchoskopie	
Stress-Echokardiographie			Lungenfunktionsprüfung	
Farbkodierte Duplexsonographie			Methacholin-Provokation	
Extrakranielle Hirnarterien			Allergieabklärung auf inhalative Allergene	
Periphere Arterien			Respiratorische Polygraphie Schlafapnoeabklärung	
Periphere Venen			Einstellung O2-Therapie	
Pulsoszillographie & Verschlussdruckmessung			Pleurapunktion	
Reisemedizinische Beratung			Rauchstopp-Sprechstunde	
Tropenärztliche Abklärung			Diabetesberatung	
Anderes			Wundambulatorium (interdisziplinär)	