**Anmeldung**  Frau  Herr

Name Vorname Geburtsdatum Strasse PLZ/Ort Mobile Tel. Privat E-Mai Krankenkasse

# Termin

* telefonisch aufbieten  schriftlich aufbieten Wunschtermin:
* Termin bereits fixiert  Termin:  Notfall

# Gewünschte Untersuchung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gastroenterologie** | **Pneumologie** | **Kardiologie** |
| * Konsilium/Sprechstunde
* Gastroskopie
* Kolonoskopie
* Screening-Kolonoskopie
* Rektosigmoidoskopie
* Proktologische Untersuchung
* Laktose-Belastungstest
* Eiseninfusion
*

Ultraschall* Abdomen
* Aszitespunktion
* Fibroscan
* Kontrastmittel-Ultraschall
 | * Abklärung unklare Dyspnoe  Abklärung unklare Thoraxschmerzen
 |
| * Konsilium/Sprechstunde
* Lungenfunktionsprüfung
* CO-Diffusion
* Bronchoprovokation
* Stickstoffmonoxid in Ausatemluft
* Allergieabklärung
* Abklärung/Einstellung O2-Langzeit- therapie
* Ergospirometrie
* Schlafapnoe-Abklärung/-Behandlung
* Bronchoskopie
*

Ultraschall* Thoraxsonographie
* Pleuraergusspunktion
 | * Konsilium/Sprechstunde
* EKG
* 24-Stunden-EKG
* 7-Tage-EKG
* 24-Stunden-Blutdruckmessung
* Ergometrie
* Doppler-Echokardiographie TTE
* Transösophageale Echokardiographie TEE
* Stress-Echokardiographie
* Elektrokardioversion EKV
* Implantation Event-Recorder
* Auslese Event-Recorder
* Kontrolle Schrittmacher/ICD/CRT
* Herzinsuffizienzberatung
*
 |

**Patient/-innen-Angaben**

Beschwerden

Labor

Fragestellung

* Antikoagulation  Aggregationshemmer  Allergien

Befundmeldung erwünscht  per Post  per E-Mail  telefonisch

Zuweisender Arzt (Name, Adresse oder Stempel) Telefon-Nr.

Fax-Nr. EAN-Nr.

Poststrasse 2 · Postfach · 8610 Uster · T 043 366 40 00 · F 043 366 40 01 · gastropneumo@hin.ch · [www.gastropneumo.ch](http://www.gastropneumo.ch/)