

Name _____
 Vorname _____
 Geburtsdatum _____ Frau Herr
 Strasse _____
 PLZ Ort _____
 Mobile _____ Tel.Priv. _____
 Tel. G _____ Email _____
 Krankenkasse _____

Christian Alfaré, dipl. Arzt
Facharzt FMH Pneumologie
Facharzt FMH Innere Medizin

Dr. med. Lutz Seebach
Facharzt FMH Gastroenterologie
Facharzt FMH Innere Medizin

Termin

telefonisch anbieten schriftlich anbieten Wunschtermin: _____
 Termin bereits fixiert Termin: _____ Notfall

Gewünschte Untersuchung

| Gastroenterologie - Dr. Lutz Seebach | Pneumologie – Christian Alfaré, dipl. Arzt |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Konsilium/Sprechstunde | <input type="checkbox"/> Konsilium/Sprechstunde |
| <input type="checkbox"/> Gastroskopie | <input type="checkbox"/> Lungenfunktionsprüfung |
| <input type="checkbox"/> Kolonoskopie | <input type="checkbox"/> CO-Diffusion |
| <input type="checkbox"/> Screening-Kolonoskopie | <input type="checkbox"/> Bronchoprovokation |
| <input type="checkbox"/> Rektosigmoidoskopie | <input type="checkbox"/> Stickstoffmonoxid in Ausatemluft |
| <input type="checkbox"/> Proktologische Untersuchung | <input type="checkbox"/> Allergieabklärung |
| <input type="checkbox"/> Leberbiopsie | <input type="checkbox"/> Abklärung/Einstellung O ₂ -Langzeittherapie |
| <input type="checkbox"/> Eiseninfusion | <input type="checkbox"/> Ergospirometrie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Schlafapnoe-Abklärung/Behandlung |
| | <input type="checkbox"/> Bronchoskopie |
| | <input type="checkbox"/> |
| Ultraschall | Ultraschall |
| <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Thoraxsonographie |
| <input type="checkbox"/> Aszitespunktion | <input type="checkbox"/> Pleuraergusspunktion |
| <input type="checkbox"/> Fibroscan | |
| <input type="checkbox"/> Kontrastmittel-Ultraschall | |

Patient/innen-Angaben

Beschwerden _____

Voruntersuchungen

Labor

Antikoagulation Aggregationshemmer Allergien _____

Befundmeldung erwünscht per Post per email telefonisch

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