

## Zuweisung Pneumologie Waid

### Zuweisungsmodus

- Ambulant  Stationär

### Anmeldung für

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemeine pneumologische Untersuchung                       | <input type="checkbox"/> Methacholintest  | <input type="checkbox"/> Allergie-Hauttest (Prick-Test)                        |
| <input type="checkbox"/> Bronchoskopie  | <input type="checkbox"/> Messung der arteriellen Blutgase                                     | <input type="checkbox"/> Ambulante pulmonale Rehabilitation (Lungen Reha Waid) |
| <input type="checkbox"/> Lungenfunktion   | <input type="checkbox"/> Indikationsstellung/Titration Sauerstofftherapie                     | <input type="checkbox"/> Beurteilung von Röntgenbildern (Aktienkonsilium)      |
| <input type="checkbox"/> Pleurapunktion/ -drainage                                    | <input type="checkbox"/> Inhalationsinstruktion   | <input type="checkbox"/> Anderes: .....  |
| <input type="checkbox"/> Abklärung Schlaf-Apnoe-Syndrom oder Hypoventilations-Syndrom | <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung unter etablierter CPAP-Therapie/Heimventilation |  |

### Patientenangaben

- Frau  Herr

Name ..... Vorname .....

Telefon ..... E-Mail .....

Strasse ..... PLZ/Ort .....

Geburtsdatum ..... Arbeitgeber .....

Kostenträger (Krankenkasse/Unfallversicherung) .....

Versicherungsnummer ..... Versicherungsstatus  Allgemein  Halbprivat  Privat

Anamnese .....

.....

Fragestellung .....

.....

Bemerkungen .....

.....

Röntgenbilder und Vorbefunde werden  Der Patientin/dem Patienten mitgegeben  Per Post gesendet

### Untersuchungstermin

- Innert 48 Stunden (Anruf erforderlich)  Innert 2 bis 3 Wochen  Wunschzeitpunkt (elektiv) .....

### Kontaktangaben Zuweiserin/ Zuweiser

Name ..... Vorname .....

Praxisname ..... E-Mail\* .....

Telefon\* ..... Fax\* .....

Strasse\* ..... PLZ/Ort\* .....

Datum ..... Unterschrift .....

\*Nur bei Erstzuweisung notwendig