

# Anmeldungsformular Gastroenterologie/ Hepatologie und Pneumologie

**Medizinische Diagnostik**  
Bereich Gastroenterologie-Hepatology-Pneumologie  
Telefon: 044 733 22 51  
Fax: 044 733 28 95  
E-mail: diagnostic@spital-limmattal.ch

Spital Limmattal  
Urdorferstrasse 100  
CH-8952 Schlieren  
www.spital-limmattal.ch

<p>Zuweisender Arzt/Ärztin Stempel und Unterschrift:</p>	<p><b>Patientendaten/-etikette:</b></p> <p>Name: .....</p> <p>Vorname: .....</p> <p>Geburtsdatum: .....</p> <p>Strasse: .....</p> <p>PLZ/ Ort: .....</p> <p>Tel. Nr: .....</p>
<p><input type="checkbox"/> Ösophago-Gastroduodenoskopie</p> <p><input type="checkbox"/> Ileo-Koloskopie  <input type="checkbox"/> Abgabe Darmvorbereitungslösung: durch zuweisenden Arzt/Ärztin  <input type="checkbox"/> durch Medizinische Diagnostik</p> <p><input type="checkbox"/> Flexible Rektosigmoidoskopie (nur spez. Fragestellungen)</p> <p><input type="checkbox"/> Anoskopie</p> <p><input type="checkbox"/> ERCP</p> <p><input type="checkbox"/> Endosonographie: <input type="checkbox"/> obere <input type="checkbox"/> untere flexibel <input type="checkbox"/> untere starre</p> <p><input type="checkbox"/> Ultraschall Abdomen <input type="checkbox"/> + Aszitespunktion</p> <p><input type="checkbox"/> Leberbiopsie</p> <p><input type="checkbox"/> Helicobacter pylori C<sub>13</sub> Atemtest</p>	<p><input type="checkbox"/> Kleine Lungenfunktion (Spirometrie/Fluss-Volumen-Kurve)</p> <p><input type="checkbox"/> Grosse Lungenfunktion (Bodyplethysmographie)</p> <p><input type="checkbox"/> CO- Diffusion</p> <p><input type="checkbox"/> Methacholin Test</p> <p><input type="checkbox"/> Allergietest</p> <p><input type="checkbox"/> Nächtliche Pulsoxymetrie</p> <p><input type="checkbox"/> Laryngoskopie</p> <p><input type="checkbox"/> Bronchoskopie</p> <p><input type="checkbox"/> BAL (Bronchoalveoläre Lavage)</p> <p><input type="checkbox"/> TBB (Transbronchiale Biopsie)</p> <p><input type="checkbox"/> FNP (Feinnadelpunktion)</p> <p><input type="checkbox"/> Punktion Pleuraerguss</p> <p><input type="checkbox"/> ABGA (arterielle Blutgasanalyse)</p>
<p><b>Risikofaktoren falls zutreffend unbedingt ankreuzen:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hämorrhagische Diathese : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Aspirin <input type="checkbox"/> Plavix <input type="checkbox"/> Efient</p> <p><input type="checkbox"/> Orale Antikoagulation : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Subkutane Antikoagulation : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Insulinpflichtiger Diabetes mellitus : .....</p>	<p><b>Medikamentöse Therapie:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>Anamnese, Symptome:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p><b>Fragestellung:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	