

Anmeldung Pneumologie

Seite 1/2

Patientendaten:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Strasse: _____
PLZ/ Ort: _____
Telefon: _____

Zuweisende(r) Ärztin /Arzt (Stempel und Unterschrift):

Telefon: _____
Datum: _____

Kostenträger:

Grundversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____
Zusatzversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____ A HP P
Unfallversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____ A HP P

Um den Patienten beim Eintritt schneller bedienen zu können bzw. korrekt anzubieten, bitten wir Sie, die Versicherungsangaben komplett auszufüllen. Zusätzlich sollte der Patient darauf hingewiesen werden, dass er seine Versicherungskarte am Behandlungstag mitnehmen muss. Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Zuweisung.

Abklärung und Behandlung

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kleine Lungenfunktion (Spirometrie/Fluss-Volumen-Kurve) | <input type="checkbox"/> BAL (Bronchoalveoläre Lavage) |
| <input type="checkbox"/> Grosse Lungenfunktion (Bodyplethysmographie) | <input type="checkbox"/> TBB (Transbronchiale Biopsie) |
| <input type="checkbox"/> CO-Diffusion | <input type="checkbox"/> FNP (Feinnadelpunktion) |
| <input type="checkbox"/> Methacholin Test | <input type="checkbox"/> Punktion Pleuraerguss |
| <input type="checkbox"/> Allergietest | <input type="checkbox"/> ABGA (arterielle Blutgasanalyse) |
| <input type="checkbox"/> Nächtliche Pulsoxymetrie | <input type="checkbox"/> Kapselendoskopie (Dünndarm-Diagnostik) |
| <input type="checkbox"/> Laryngoskopie | <input type="checkbox"/> Sprechstunde |
| <input type="checkbox"/> Bronchoskopie | |

Fortsetzung auf Seite 2 →

Patient: Name: _____ Vorname: _____

Risikofaktoren falls zutreffend unbedingt ankreuzen:

- Hämorrhagische Diathese: _____
- Aspirin Plavix Efient
- Orale Antikoagulation: _____
- Subkutane Antikoagulation: _____
- Endokarditisprophylaxe: _____
- Insulinpflichtiger Diabetes mellitus: _____

Medikamentöse Therapie:

Anamnese:

Fragestellung: