**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](mailto:gastropneumo@hin.ch) · [www.gastropneumo.ch](http://www.gastropneumo.ch/)