

Anmeldung

Frau Herr



alfaré | debrunner | seebach

praxis für lunge – herz – magen und darm

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Strasse _____
PLZ/Ort _____
Mobile _____ Tel. Privat _____
E-Mail _____
Krankenkasse _____

Dipl. Arzt Christian Alfaré

Facharzt FMH Pneumologie
Facharzt FMH Innere Medizin

Dr. med. Johann Debrunner

Facharzt FMH Kardiologie
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	Pneumologie	Kardiologie
<input type="checkbox"/> Konsilium/Sprechstunde <input type="checkbox"/> Gastroskopie <input type="checkbox"/> Koloskopie <input type="checkbox"/> Screening-Koloskopie <input type="checkbox"/> Rektosigmoidoskopie <input type="checkbox"/> Proktologische Untersuchung <input type="checkbox"/> Eiseninfusion <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Abklärung unklare Dyspnoe <input type="checkbox"/> Abklärung unklare Thoraxschmerzen <input type="checkbox"/> Konsilium/Sprechstunde <input type="checkbox"/> Lungenfunktionsprüfung <input type="checkbox"/> CO-Diffusion <input type="checkbox"/> Bronchoprovokation <input type="checkbox"/> Stickstoffmonoxid in Ausatemluft <input type="checkbox"/> Allergieabklärung <input type="checkbox"/> Abklärung/Einstellung O ₂ -Langzeittherapie <input type="checkbox"/> Spiroergometrie <input type="checkbox"/> Schlafapnoe-Abklärung/-Behandlung <input type="checkbox"/> Bronchoskopie <input type="checkbox"/> _____ Ultraschall <input type="checkbox"/> Thoraxsonographie <input type="checkbox"/> Pleuraergusspunktion	<input type="checkbox"/> Konsilium/Sprechstunde <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> 24-Stunden-EKG <input type="checkbox"/> 7-Tage-EKG <input type="checkbox"/> 24-Stunden-Blutdruckmessung <input type="checkbox"/> Ergometrie <input type="checkbox"/> Doppler-Echokardiographie TTE <input type="checkbox"/> Transösophageale Echokardiographie TEE <input type="checkbox"/> Stress-Echokardiographie <input type="checkbox"/> Elektrokardioversion EKV <input type="checkbox"/> Implantation Event-Recorder <input type="checkbox"/> Auslese Event-Recorder <input type="checkbox"/> Kontrolle Schrittmacher/ICD/CRT <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienzberatung <input type="checkbox"/> _____

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. _____