



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 <input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> 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