

Anmeldung Medizinische Diagnostik und Tagesklinik



Spital Zollikerberg

Ihr Schwerpunktspital im Grünen

Innere Medizin
Chefarzt Prof. Dr. med. Ludwig Heuss
 Trichtenhauserstrasse 20
 CH-8125 Zollikerberg

gastroenterologie@spitalzollikerberg.ch
 kardiologie@spitalzollikerberg.ch
 pneumologie@spitalzollikerber.ch
 endokrinologie@spitalzollikerberg.ch

Tel. +41 (0)44 397 28 20 Disposition
 Fax. +41 (0)44 397 29 79

Personalien / Etikett (wie amtlich gemeldet gemäss ID, Pass, Ausländerausweis)

weiblich männlich

Name / Vorname:

Geb. Datum:

Strasse / Nummer:

Telefon Privat:

Geschäft:

PLZ/Ort:

Mobile:

Dringlichkeit Notfall dringend nicht dringend stationär ambulant

Gastroenterologie

<input type="checkbox"/> Gastroskopie	<input type="checkbox"/> Leberbiopsie	<input type="checkbox"/> Anderes
<input type="checkbox"/> Koloskopie	<input type="checkbox"/> ERCP	Thrombozyten: $\times 10^9/L$
<input type="checkbox"/> Proktoskopie	<input type="checkbox"/> Sprechstunde	INR:

Kardiologie

<input type="checkbox"/> Ruhe-EKG	<input type="checkbox"/> Transthorakale Echokardiografie	<input type="checkbox"/> Schrittmacherimplantation
<input type="checkbox"/> Belastungs-EKG	<input type="checkbox"/> Transösophageale Echokardiografie	<input type="checkbox"/> Elektrokonversion
<input type="checkbox"/> Langzeit-EKG (<input type="text"/> Tage)	<input type="checkbox"/> Stressechokardiografie	<input type="checkbox"/> Anderes
<input type="checkbox"/> 24h Blutdruckmessung	<input type="checkbox"/> ICD-/ Schrittmacherkontrolle	

Pneumologie

<input type="checkbox"/> Spirometrie	<input type="checkbox"/> Prick-Test (Allergie-Test)
<input type="checkbox"/> Bodyplethysmografie	<input type="checkbox"/> Polygrafie (Schlafapnoe-Abklärung)
<input type="checkbox"/> Diffusionsmessung (Hb <input type="text"/> g/l)	<input type="checkbox"/> Sprechstunde
<input type="checkbox"/> Bronchoskopie	Thrombozyten: $\times 10^9/L$ INR: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Anderes

Endokrinologie / Diabetologie

<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ I	<input type="checkbox"/> Adipositas
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ II	<input type="checkbox"/> Endokrinologie
<input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes	<input type="checkbox"/> Anderes

Tagesklinik

<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Kurzinfusion
<input type="checkbox"/> Anderes	

Kurzdiagnose / Befunde / Fragestellung:	Allergien: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein welche?
	Blutungsneigung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Tc-Aggregationshemmer: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Medikamente:	

Ärztin / Arzt (Stempel und Unterschrift)

Datum:

Eingaben löschen

speichern

Formular drucken