



Personalien <i>(wie amtlich angemeldet gemäss ID, Pass, Ausländerausweis)</i>				
AHV-Nr.:	Pat.ID:			
Name / Vorname				
Geburtsdatum				
Strasse / Nummer				
PLZ / Ort / Kanton				
Zivilstand:	ledig	verheiratet	geschieden	verwitwet
Telefon Privat:	Mobil:		Geschäft:	

Innere Medizin
Chefarzt Prof. Dr.med. Ludwig Heuss
 Trichtenhauserstrasse 20
 CH-8125 Zollikerberg
gastroenterologie@spitalzollikerberg.ch
kardiologie@spitalzollikerberg.ch
pneumologie@spitalzollikerberg.ch
endokrinologie@spitalzollikerberg.ch
onkologie@spitalzollikerberg.ch
 Tel. +41 (0)44 397 28 20
 Fax +41 (0)44 397 29 79

Dringlichkeit:	dringend (innerhalb 1 Woche)	rasch (1-2 Wochen)	nicht dringend
----------------	------------------------------	--------------------	----------------

Gastroenterologie		
Sprechstunde	Proktoskopie	_____
Gastroskopie	Leberbiopsie	Thrombozyten: _____ x10 ⁹ /L
Koloskopie	ERCP	INR: _____

Kardiologie		
Sprechstunde	24h Blutdruckmessung	Schrittmacherimplantation
Ruhe-EKG	Transtorakale Echokardiographie	Elektrokonversion
Belastungs-EKG	Transösophageale Echokardiographie	
Langzeit-EKG	Stressechokardiographie	_____

Pneumologie	
Sprechstunde	Bronchoskopie (Thrombozyten: _____ x10 ⁹ /L INR: _____)
Spirometrie	Prick-Test (Allergie-Test)
Bodyplethysmografie	Polygrafie (Schlafapnoe-Abklärung)
Diffusionsmessung (Hb: _____ g/l)	_____

Endokrinologie/Diabetologie/Osteologie		
Sprechstunde	Diabetes mellitus Typ I	Endokrinologie
Adipositas	Diabetes mellitus Typ II	Osteoporose
Gestationsdiabetes	_____	

Tagesklinik	
Sprechstunde	Kurzinfusion was? _____

Onkologie	
Sprechstunde	Chemotherapie _____

Kurzd Diagnose/Befund/Fragestellung:	Allergien: Ja Nein
	welche? _____
	Blutungsneigung: Ja Nein
	Tc-Aggregationshemmer: Ja Nein
	welcher? _____

Name Zuweiserin / Zuweiser:	aktuelles Labor (als Anhang, falls vorhanden)
_____	_____
Name Hausarzt:	Stempel u. Unterschrift der/des anmeldenden Ärztin / Arztes
_____	Datum: _____