



Personalien (wie amtlich angemeldet gemäss ID, Pass, Ausländerausweis)					
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
tagesklinik-medizin@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

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

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