



Name: _____

Vorname: _____ w m

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel. Nr. _____

Krankenkasse: _____ Sektion: _____

Fragestellung:

Frühere Untersuchungen:

Weitere relevante Diagnosen/Befunde/Bemerkungen:

Medikamente:

Labor (Punktion): INR: _____ Thrombozyten: _____ weitere: _____ Datum _____

Konsilien/Sprechstunden

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Pneumologie | <input type="checkbox"/> Nephrologie |
| <input type="checkbox"/> Kardiologie | <input type="checkbox"/> Gastroenterologie | <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung |
| <input type="checkbox"/> Onkologie | <input type="checkbox"/> Angiologie | <input type="checkbox"/> Diabetesberatung |

Kardiologie

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> (3D)-Echokardiographie | <input type="checkbox"/> transthorakal | <input type="checkbox"/> transoesophageal (TEE) |
| <input type="checkbox"/> Stress-Echokardiographie | | |
| <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG | <input type="checkbox"/> 1 Tag | <input type="checkbox"/> 2 Tage |
| <input type="checkbox"/> Belastungs-EKG | <input type="checkbox"/> 24h-Blutdruck-Messung | <input type="checkbox"/> 7 Tage |
| <input type="checkbox"/> ICD-/Schrittmacherkontrolle | <input type="checkbox"/> Elektrokonversion | |

Pneumologie/Allergologie

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bronchoskopie | <input type="checkbox"/> Broncho-Alveolär-Lavage BAL | <input type="checkbox"/> TBB |
| <input type="checkbox"/> Spirometrie mit Fluss/Volumenmessung | <input type="checkbox"/> mit Inhalation | <input type="checkbox"/> Ergospirometrie |
| <input type="checkbox"/> Body-Resistance/TGV-Messung | <input type="checkbox"/> CO-Diffusionsmessung | <input type="checkbox"/> AIA-Test (Anstrengungsasthma) |
| <input type="checkbox"/> Methacholin-Test | <input type="checkbox"/> NO-Test | |
| <input type="checkbox"/> Allergie-Test (Prick) | <input type="checkbox"/> Desensibilisierung | |
| <input type="checkbox"/> Nächtl. Pulsoxymetrie | <input type="checkbox"/> mit Liter O ₂ | <input type="checkbox"/> ohne CPAP |
| <input type="checkbox"/> Nächtl. Polygraphie | <input type="checkbox"/> mit Liter O ₂ | <input type="checkbox"/> ohne CPAP |

Gastroenterologie

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Obere Panendoskopie | <input type="checkbox"/> Laktose-Intoleranz-Test | <input type="checkbox"/> Fruktose-Intoleranz-Test |
| <input type="checkbox"/> PEG-Sonden-Einlage | <input type="checkbox"/> PEG-Sondenwechsel | |
| <input type="checkbox"/> Koloskopie | <input type="checkbox"/> Polypektomie | |
| <input type="checkbox"/> Ano-Rectoskopie | <input type="checkbox"/> Hämorrhoidenbehandlung | |

Punktionen/Biopsien/Transfusion/Infusion

- | | | | |
|---|--|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> Knochenmarkspunktion | <input type="checkbox"/> Pleurapunktion | <input type="checkbox"/> Erythrozytenkonzentrat Hb: | Anzahl: |
| <input type="checkbox"/> Lumbalpunktion | <input type="checkbox"/> Aszitespunktion | <input type="checkbox"/> Ferinject | Ferritin: |
| andere: _____ | | | |

Angiologie

- | | | |
|---|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Carotis-Duplex | <input type="checkbox"/> Venen | <input type="checkbox"/> Oszillographie |
| <input type="checkbox"/> Triplexsonographie Extremität: | <input type="checkbox"/> Arterien | andere: _____ |

Gewünschter Termin: _____ **Dringend!** **Definitiver Termin:** _____

Datum: _____

Stempel / Unterschrift _____