SPITAL DAVOS

Anmeldeformular Innere Medizin

Senden Sie das Formular direkt via Button **SENDEN**

oder per Mail an funktionsdienst@spitaldavos.ch

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

☐ Neurologie ☐ Pneumologie ☐ Nephrologie
☐ Kardiologie ☐ Gastroenterologie ☐ Ernährungsberatung
☐ Onkologie ☐ Angiologie ☐ Diabetesberatung

Kardiologie

☐ (3D)-Echokardiographie ☐ *transthorakal* ☐ *transoesophageal (TEE)*
☐ Stress-Echokardiographie
☐ Langzeit-EKG ☐ *1 Tag* ☐ *2 Tage* ☐ *7 Tage*
☐ Belastungs-EKG ☐ 24h-Blutdruck-Messung
☐ ICD-/Schrittmacherkontrolle ☐ Elektrokonversion ☐ Carotis-Duplex ☐ Aortenscreening

Pneumologie/Allergologie

☐ Spirometrie mit Fluss/Volumenmessung ☐ *mit Inhalation*
☐ Body-Resistance/TGV-Messung ☐ Ergospirometrie
☐ Methacholin-Test ☐ NO-Test
☐ CO-Diffusionsmessung
☐ Nächtliche Pulsoxymetrie ☐ *mit Liter O_2* ☐ *ohne O_2* ☐ *mit CPAP* ☐ *ohne CPAP*
☐ Nächtliche Polygraphie ☐ *mit Liter O_2* ☐ *ohne O_2* ☐ *mit CPAP* ☐ *ohne CPAP*

Gastroenterologie

☐ Obere Panendoskopie
☐ PEG-Sonden-Einlage ☐ PEG-Sondenwechsel
☐ Koloskopie ☐ Polypektomie
☐ Ano-Rectoskopie ☐ Hämorrhoidenbehandlung

Punktionen/Biopsien/Transfusion/Infusion

☐ Knochenmarkspunktion ☐ Pleurapunktion ☐ Erythrozytenkonzentrat Hb: Anzahl:
☐ Lumbalpunktion ☐ Aszitespunktion ☐ Ferinject Ferritin:

andere:

Angiologie

☐ **Oszillographie**
☐ **Triplexsonographie Extremität:** ☐ **Arterien** ☐ **Venen**

Gewünschter Termin: ☐ **Dringend!** *Definitiver Termin:*

Datum: Stempel / Unterschrift