

Name: _____

Vorname: _____ w m

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel. Nr. _____

Krankenkasse: _____ Sektion: _____

Anmeldeformular Innere Medizin

Anmeldung per Mail unter: medizin@spitaldavos.ch
 Telefonische Anmeldungen direkt beim Funktionsdienst
081 414 83 36
 oder med. Sprechstunden-Sekretariat **081 414 81 87**
 Anmeldungen für Ultraschall-Untersuchungen siehe separate
 Formulare.

Fragestellung:

Frühere Untersuchungen:

Weitere relevante Diagnosen/Befunde/Bemerkungen:

Medikamente:

Labor: 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"/> Koro-CT |
| <input type="checkbox"/> Stress-Echokardiographie | <input type="checkbox"/> Fahrradergometer | <input type="checkbox"/> medikamentös (Dobutamin) | |
| <input type="checkbox"/> Ruhe-EKG | <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG | <input type="checkbox"/> 1 Tag <input type="checkbox"/> 2 Tage <input type="checkbox"/> 7 Tage | |
| <input type="checkbox"/> Belastungs-EKG | <input type="checkbox"/> Fahrrad | <input type="checkbox"/> Laufband | <input type="checkbox"/> mit Laktat |
| <input type="checkbox"/> Ergospirometrie | <input type="checkbox"/> Fahrrad | <input type="checkbox"/> Laufband | <input type="checkbox"/> mit Laktat |
| <input type="checkbox"/> ICD-/Schrittmacherkontrolle | <input type="checkbox"/> Elektrokonversion | <input type="checkbox"/> Carotis-Duplex | <input type="checkbox"/> 24h-Blutdruck-Messung |

Pneumologie/Allergologie

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bronchoskopie | <input type="checkbox"/> Laryngoskopie | <input type="checkbox"/> Broncho-Alveolär-Lavage BAL | <input type="checkbox"/> Schleimabsaugen |
| <input type="checkbox"/> Spirometrie mit Fluss/Volumenmessung | | <input type="checkbox"/> mit Inhalation | <input type="checkbox"/> TBB |
| <input type="checkbox"/> Body-Resistance/TGV-Messung | <input type="checkbox"/> CO-Diffusionsmessung | <input type="checkbox"/> 6-Minuten-Gehtest ▶ Physio | |
| <input type="checkbox"/> Methacholin-Test | <input type="checkbox"/> NO-Test | <input type="checkbox"/> AIA-Test (Anstrengungsasthma) | |
| <input type="checkbox"/> Allergie-Test (Prick) | <input type="checkbox"/> Desensibilisierung | <input type="checkbox"/> Laktose-Intoleranz-Test | |
| <input type="checkbox"/> Nächtliche Pulsoxymetrie | <input type="checkbox"/> mit Liter O ₂ | <input type="checkbox"/> ohne O ₂ | <input type="checkbox"/> mit CPAP <input type="checkbox"/> ohne CPAP |
| <input type="checkbox"/> Nächtliche Polygraphie | <input type="checkbox"/> mit Liter O ₂ | <input type="checkbox"/> ohne O ₂ | <input type="checkbox"/> mit CPAP <input type="checkbox"/> ohne CPAP |

Gastroenterologie

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Obere Panendoskopie | <input type="checkbox"/> Varizenbehandlung | <input type="checkbox"/> Bougierung |
| <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 | <input type="checkbox"/> Fissurbehandlung |

Urinkatheter

- Einlage suprapubischer Katheter Katheterwechsel

Punktionen/Biopsien

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Knochenmarkspunktion | <input type="checkbox"/> mit Biopsie | <input type="checkbox"/> Pleurapunktion | <input type="checkbox"/> mit Biopsie |
| <input type="checkbox"/> Lumbalpunktion | <input type="checkbox"/> Aszitespunktion | | <input type="checkbox"/> Einlage Zentralvenenkatheter ZVK |
- andere: _____

Angiologie

- | | | | |
|---|---|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ankle-Brachial-Index | <input type="checkbox"/> Oszillographie | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Varikosis |
| <input type="checkbox"/> Triplexsonographie | <input type="checkbox"/> Arterien | <input type="checkbox"/> Venen | andere: _____ |

Gewünschter Termin: _____

Dringend!

Definitiver Termin: _____

Datum: _____

Stempel / Unterschrift _____