

## Anmeldung Herz- und Lungen-Zentrum

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_ Telefon privat \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse \_\_\_\_\_ Telefon Gesch. \_\_\_\_\_

### Gewünschte Untersuchung

#### Herzdiagnostik

Ruhe-EKG   
 24 h-EKG (Holter)   
 7-Tage-EKG   
 Transthorakale Echokardiografie   
 Transoesophageale Echokardiografie   
 Stress-Echokardiografie   
 Herzschrittmacherkontrolle   
 ICD-Kontrolle   
 Kipptischtest   
 Elektrokonzersion

#### Belastungstests:

Ergometrie (Belastungs-EKG)   
 Spiroergometrie   
 Laktatstufentest (Ergometer/Laufband)

#### Konsilium Dr. Sigrist

Facharzt Pneumologie

#### Konsilium Dr. Ramsay

Facharzt Kardiologie

Gewünschter Zeitpunkt \_\_\_\_\_

Telefonischer Bericht erwünscht

Bitte weitere Anmeldeformulare

#### Lungendiagnostik

Spirometrie   
 Bodyplethysmografie   
 CO-Diffusionskapazität   
 Methacholin-Bronchoprovokationstest   
 NO in Ausatemungsluft (FENO)

#### Schlafapnoe-Diagnostik

Polygrafie   
 (Flow, Schnarchen, Lage Pulsoximetrie,  
 Thorax-/Abdomenbewegung)

#### Dermatologie/Allergologie

Allergie-Prick-Test   
 Konsilium Facharzt

#### Diverses

Langzeit-BD-Messung

#### Spezielles

Bitte direkt aufbieten

Bericht per Fax

 Fax Nr. \_\_\_\_\_

### Diagnose / Fragestellung

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Medikamente

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Arzt (Unterschrift und Stempel) \_\_\_\_\_