



Anmeldung zur medizinischen Diagnostik

Nachbestellung Anmeldeformular _____ Stück

Sekretariat Medizin Fax 055 418 52 34
Tagesarzt Medizin Fax 055 418 55 07

PatientIn _____ **Abklärungsdatum** _____ notfallmässig

Name _____ elektiv

Vorname _____

Adresse _____ gem. tel. Absprache mit Dr. Stäuble

Geburtsdatum _____ Dr. Schlimbach

Krankenkasse _____ Dr. Picozzi

Telefon _____ Dr. Streuli

Tagesarzt

Ambulante Abklärungen

Radiologie

- Thorax pa/lat
- Abdomen leer liegend/stehend
- Magen-Darm-Passage
- Skelettröntgen _____
- Wirbelsäule _____

Duplex

- Carotis
- Beinarterien
- Thrombosen
- Varizen
- Sonst. Gefässe _____
- Doppler Fusspulse
- Ankle Brachle Index ABI

Lunge

- Spirometrie
- Mantoux/Quantiferon Test

Gastroenterologie

- Endoskopien/Sonographien/Leberbiopsien: Anmeldung Praxis Dr. Küchler

Ultraschall/Punktionen

- Ultraschall Abdomen
- Ultraschall anderes Organ _____
- Kontrastmittelultraschall
- Restharnbestimmung
- Pleurapunktion¹
- Aszitespunktion¹
- Knochenmarksbiopsie¹
- Lumbalpunktion¹
- Suprapubische Katheter¹
- Gelenkpunktionen¹ _____

EKG

- Ruhe EKG/Rhythmusstreifen
- Ergometrie

Klinische Beurteilung

- Problembezogen internistisch
- Rheumatologisch
- _____

Ultraschall/Infiltrationen

- Ultraschall Schulter
- Ultraschall Hüfte
- Ultraschall OSG/Achillessehne
- Ultraschall Hände
- Ultraschall Knie
- US gesteuerte Infiltrationen, Hüfte etc.
- Ultraschall Weichteile
- Sakralblock¹
- Epidurale Infiltration¹
- Subakromiale Infiltration¹
- Andere Infiltrationen¹

Labor

- Blutentnahme
- Blutgasanalyse ABGA
- D-Dimer
- Quick/INR/Tc
- Aderlass

Nur während Praxisferien Anmeldung im Spital

¹ Quick & Thrombozyten Quick _____ INR _____ Tc _____ Datum _____

Indikation/Fragestellung

Medikamente

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

Zuweisender Arzt _____ Einsiedeln, den _____

Telefonische Mitteilung erbeten