

## Anmeldung zur medizinischen Diagnostik

**Senden an: F +41 55 418 52 34**

**Patient/in**

Name/Vorname \_\_\_\_\_  
 Strasse/Nummer \_\_\_\_\_  
 PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_

**Eintrittsdatum** \_\_\_\_\_

Notfallmässig  
 Elektiv

Gemäss telefonischer  
 Absprache mit \_\_\_\_\_

**Ambulante Abklärungen**

**Radiologie**

Thorax pa/lat, Abdomen leer  
 Liegend/stehend  
 Magen-Darm-Passage  
 Skelettröntgen  
 Wirbelsäule

**Duplex**

Carotis  
 Beinarterien  
 Thrombosen  
 Varizen  
 Sonstige Gefässe  
 Doppler Fusspulse  
 Ankle Brachle Index ABI

**Lunge**

Spirometrie  
 Bodyplethysmographie  
 Mantoux/Quantiferon Test

**Gastroenterologie**

Endoskopien/Sonographien/Leberbiopsien: Anmeldung Praxis Dr. Küchler (während Ferien Anmeldung im Spital)

<sup>1</sup>Quick und Thrombozyten      Quick \_\_\_\_\_ INR \_\_\_\_\_ Tc \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

**Ultraschall/Punktionen**

Ultraschall Abdomen  
 Ultraschall anderes Organ  
 Kontrastmittelultraschall  
 Restharnbestimmung  
 Pleurapunktion<sup>1</sup>  
 Aszitespunktion<sup>1</sup>  
 Knochenmarksbiopsie<sup>1</sup>  
 Lumbalpunktion<sup>1</sup>  
 Suprapubische Katheter<sup>1</sup>  
 Gelenkpunktionen<sup>1</sup>

**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  
 Sakralblock<sup>1</sup>  
 Epidurale Infiltration<sup>1</sup>  
 Subakromiale Infiltration<sup>1</sup>  
 Andere Infiltrationen<sup>1</sup>

**Labor**

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

**Indikation/Fragestellung**

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

**Medikamente**

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

**Zuweisender Arzt**

\_\_\_\_\_

**Ort/Datum**

\_\_\_\_\_

**Bericht an zuweisenden Arzt**

Schriftlich     Telefonisch     Kein Bericht notwendig