

Zuweisung Medizin

 Für Notfälle wenden Sie sich bitte direkt an den Dienstarzt der Medizin (044 911 14 00)

Patientenname:		Vorname:		Geburtsdatum:
Adresse:		PLZ/Ort:		Telefon:
Termin:	<input type="checkbox"/> dringlich	<input type="checkbox"/> Nicht dringlich	<input type="checkbox"/> Gewünscht am	
Versicherungsklasse:	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Allgemein	
Aufenthaltsart:	<input type="checkbox"/> Ambulant	<input type="checkbox"/> Stationär		
Diagnose/ Problem:				
Anamnese/Befund:				
Bisherige Medikamente:				
Fragestellung:				
Deutschkenntnisse:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Falls nein, welche Sprachkenntnisse:	
Beruf:				

 Gewünschte ambulante Untersuchungen auf der nächsten Seite ausfüllen

Gewünschte ambulante Untersuchung:	<u>Medizin</u>	Abklärung: Bluttransfusion Eiseninfusion Infusionstherapie: überwachte Therapie: Aderlass	Feinnadelpunktion Lumbalpunktion Ergusspunktion Aszitespunktion manualmedizinische Untersuchung
	<u>Akutgeriatrie</u>	Konsilium
	<u>Angiologie</u>	Konsilium Venendoppler Arteriodoppler: Konsilium arteriell obere Extremitäten Konsilium arteriell untere Extremitäten inklusive Aorta Konsilium Vasculitis Konsilium Thoracic outlet Duplex extrakranielle Hirngefäße	Duplex Nierenarterien Duplex Mesenterialarterien Duplex Dialysehunt tcPO2- Messung Konsilium venöse Insuffizienzabklärung Duplex tiefe Venenthrombose Konsilium Lymphödem Konsilium Lipödem
	<u>Bariatrie</u>	Konsilium
	<u>Endokrinologie</u>	Konsilium Sonographie Schilddrüse	Feinnadelpunktion Diabetessprechstunde
	<u>Gastroenterologie</u>	Gastroenterologisches Konsilium Hepatologisches Konsilium Gastroskopie Dilatation PEG – Anlage/ Wechsel PEG – Entfernung Endoskopischer Ultraschall (EUS) Koloskopie Screening – Koloskopie Rektosigmoidoskopie Proktoskopie Hämorrhoidenligatur	Kapselendoskopie Atemtest Laktose Fruktose Helicobakter Ultraschall – Abdomen Kontrastmittel Punktion Leber Punktion Niere Punktion
	<u>Infektiologie</u>	Konsilium Impfberatung	intravenöse Antibiotikaabgabe
	<u>Kardiologie</u>	Konsilium EKG Ergometrie Echokardiographie Stress-Echokardiographie 24-Stunden-EKG 24-Stunden-BD-Messung R-Test	TTE TEE Doppler Kardioversion Schrittmacher/ICD-Kontrolle Implantation internal loop recorder (reveal) Implantation Schrittmacher/ ICD Kipptischuntersuchung 6-Minuten-Gehtest
	<u>Onkologie</u>	Konsilium	Knochenmarkpunktionen onkologische Behandlungen
	<u>Pneumologie</u>	Konsilium Bronchoskopie EBUS (endobronchialer Ultraschall) Pleurapunktion Pleuraler Verweilkatheter (PleurX) Kl. Lungenfunktionsprüfung Gr. Lungenfunktionsprüfung inkl. CO-Diffusion Gr. Lungenfunktionsprüfung CO-Diffusion Stickstoff-Monoxid (NO) in Ausatemluft	Bronchoprovokation (Methacholin) Ergospirometrie 6-Minuten-Gehtest Blutgasanalyse Einstellung O ₂ -Langzeittherapie Kontrolle O ₂ -Langzeittherapie nächtliche Pulsoxymetrie nächtliche kardio-resp. Polygraphie (Schlafabklärung)
<u>Schmerz- und Palliativmedizin</u>	Konsilium Infiltration		
Telefonische Befundmeldung erwünscht:	Ja	Nein	

Datum:
Unterschrift:

Zuweisender Arzt _____ Telefon:
Bitte mit Stempel und Unterschrift (falls nicht per Email verschickt)