Anmeldung

☐ Frau ☐ Herr

alfaré | debrunner | seebach
praxis für lunge – herz – magen und darm

Dipl. Arzt Christian Alfaré
Facharzt FMH Pneumologie
Facharzt FMH Innere Medizin

Dr. med. Johann Debrunner
Facharzt FMH Kardiologie
Facharzt FMH Innere Medizin

Dr. med. Lutz Seebach
Facharzt FMH Gastroenterologie
Facharzt FMH Innere Medizin

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Mobile _____ Tel. Privat _____

E-Mai _____

Krankenkasse _____

Termin

☐ telefonisch aufbieten ☐ schriftlich aufbieten Wunschtermin: _____

☐ Termin bereits fixiert ☐ Termin: _____ ☐ Notfall

Gewünschte Untersuchung

Gastroenterologie

☐ Konsilium/Sprechstunde
☐ Gastroskopie
☐ Kolonoskopie
☐ Screening-Kolonoskopie
☐ Rektosigmoidoskopie
☐ Proktologische Untersuchung
☐ Eiseninfusion
☐ _____

Ultraschall
☐ Abdomen
☐ Aszitespunktion
☐ Fibroscan
☐ Kontrastmittel-Ultraschall

Pneumologie

☐ Abklärung unklare Dyspnoe ☐ Abklärung unklare Thoraxschmerzen

☐ Konsilium/Sprechstunde
☐ Lungenfunktionsprüfung
☐ CO-Diffusion
☐ Bronchoprovokation
☐ Stickstoffmonoxid in Ausatemluft
☐ Allergieabklärung
☐ Abklärung/Einstellung O_2-Langzeit-therapie
☐ Spiroergometrie
☐ Schlafapnoe-Abklärung/-Behandlung
☐ Bronchoskopie
☐ _____

Ultraschall
☐ Thoraxsonographie
☐ Pleuraergusspunktion

Kardiologie

☐ Konsilium/Sprechstunde
☐ EKG
☐ 24-Stunden-EKG
☐ 7-Tage-EKG
☐ 24-Stunden-Blutdruckmessung
☐ Ergometrie
☐ Doppler-Echokardiographie TTE
☐ Transösophageale Echokardiographie TEE
☐ Stress-Echokardiographie
☐ Elektrokardioversion EKV
☐ Implantation Event-Recorder
☐ Auslese Event-Recorder
☐ Kontrolle Schrittmacher/ICD/CRT
☐ Herzinsuffizienzberatung
☐ _____

Patient/-innen-Angaben

Beschwerden

Labor

Fragestellung

☐ Antikoagulation ☐ Aggregationshemmer ☐ Allergien _____

Befundmeldung erwünscht ☐ per Post ☐ per E-Mail ☐ telefonisch

Zuweisender Arzt (Name, Adresse oder Stempel)

Telefon-Nr. _____

EAN-Nr. _____