



## Anmeldung

Mail **innere@paracelsus-spital.ch**

Fax **044 787 29 40**

- |                                                                                                               |                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Echokardiographie                                                                    | <input type="checkbox"/> Bronchoskopie  |
| <input type="checkbox"/> Stress-Echokardiographie                                                             | <input type="checkbox"/> Koloskopie     |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pharmakologisch <input type="checkbox"/> physikalisch       | <input type="checkbox"/> Gastroskopie   |
| <input type="checkbox"/> Transösophageale Echokardiographie                                                   | <input type="checkbox"/> Sonographie    |
| <input type="checkbox"/> 24h-Blutdruckmessung                                                                 | <input type="checkbox"/> Punktion       |
| <input type="checkbox"/> 24h-Holter-EKG                                                                       | <input type="checkbox"/> Duplex         |
| <input type="checkbox"/> Belastungs-EKG                                                                       | <input type="checkbox"/> EKG            |
| <input type="checkbox"/> Schrittmacher-/ICD-Kontrolle<br>(Medtronic/Vitatron und St. Jude Medical SJM-Geräte) | <input type="checkbox"/> Lungenfunktion |

### Patientendaten

**Name**

**Vorname**

Geb. Datum

Strasse

PLZ/Wohnort

Telefon privat

Unfall

Krankheit

Mobile

Kostenträger

ambulant (Patient wird vom Spital aufgeboten)

stationär

Zimmer-Nr. \_\_\_\_\_

**Gewünschtes  
Untersuchungsdatum**

vormittags

nachmittags

### Klinische Angaben und Fragestellung

Diagnose

Fragestellung

Datum

Zuweisender Arzt

Befundkopie an

**Wie wünschen Sie die  
Befunddokumentation?**

per Telefon

per E-Mail (nur über sichere Leitung)

per Fax

per Post

Mail an \_\_\_\_\_

#### Fachärzte Innere Medizin

Dr. med. Michael Maasberg

Dr. med. Margareta Shabani

Dr. med. Ariane Meyer

#### Fachärzte Hämatologie/Onkologie

Dr. med. Michael Decker

Dr. med. Ludger Kneuper

#### Sekretariat Innere Medizin/Kardiologie

Telefon 044 787 24 92

#### Facharzt Kardiologie

Dr. med. Ron Nicholas Hille