|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personalien** |  |  |
| Name |       | Vorname |       |
| LedigerName |       | Versicherung |       |
| Geburtstag |       | ✆ Privat/Gesch. |       | Arbeitgeber |       |
| Strasse |       | Bei Kindern: Name der Eltern |       |
| PLZ/Ort |       |  |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zuweisung** |  |  |
| Einweisender Arzt / Zimmer Nr. |       | Aufgebot | [ ]  Termin wurde mit KSOW vereinbart und dem Patienten mitgeteilt[ ]  Patient muss von KSOW aufgeboten werden |
| Hausarzt / nach-behandelnder Arzt |       | Termin |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Radiologie** |  |  |
|       |

|  |
| --- |
| **Ultraschall** |
| [ ]  | Abdomen |
| [ ]  | Pleura |
| [ ]  | Schilddrüse |
| [ ]  | Weichteile / Hüften |
| [ ]  | Mamma |
| [ ]  | Farb-Duplexsonographie: |
|  | [ ]  Nierenarterien |
|  | [ ]  Carotiden |
|  | [ ]  Arterien peripher |
|  | [ ]  Venen peripher |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| Gastroenterologie |
| [ ]  | Oesophago-Gastro-Duodenoskopie |
| [ ]  | Rectosigmoidoskopie |
| [ ]  | Colonoskopie |
|  |  |
| Diverses |
| [ ]  | Lungenfunktionsprüfung |
| [ ]  | Lumbalpunktion |
| [ ]  | Knochenmarkspunktion |
| [ ]  | Pleurapunktion |
| [ ]  | Perikardpunktion |
| [ ]  |       |
|  |  |
| Kardiologie |
| [ ]  | Kardiologische Beurteilung |
| [ ]  | Ruhe-EKG |
| [ ]  | Holter-/24h-EKG |
| [ ]  | Memory-EKG |
| [ ]  | Signalgemitteltes EKG (LAPO) |
| [ ]  | 24h-Blutdruck |
| [ ]  | Ergometrie |
| [ ]  | Elektrokonversion |
| [ ]  | Schrittmacher-Kontrolle |
| [ ]  | Transthorakale Echokardiographie |
| [ ]  | Transösophageale Echokardiographie |
| [ ]  | Stress-Echokardiografie |

|  |  |
| --- | --- |
| **Klinische Angaben**  |  |
| Aktuelle Medikation |       | Gewicht       Grösse      Schrittmacher [ ]  JA [ ]  NEINSchwangerschaft [ ]  JA [ ]  NEIN |
| Anamnese Klinische Befunde |        |
| Fragestellung |       |
|  |  UnterschriftStempel[ ]  Eine beschleunigte Information per Fax / Telefon ist erwünscht |