



Anmeldung

Tel 043 - 499 76 10
Fax 043 - 499 76 13
e-mail: b.walder@hin.ch

Dr. B. Walder
Pneumologie Zollikerberg
Trichtenhauserstrasse 2
8125 Zollikerberg

Personalien der Patientin/des Patienten

Name: _____ Tel. Privat: _____

Vorname: _____ Tel. Geschäft: _____

Geb.: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Fragestellung: _____

Konsultationsdatum: _____

Gewünschte Leistung:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pneumologisches Konsilium
<input type="checkbox"/> inkl. präoperative Beurteilung | <input type="checkbox"/> Übernahme der Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Lungenfunktion
<input type="checkbox"/> kleine Lungenfunktion (Spirometrie)
<input type="checkbox"/> grosse Lungenfunktion
<input type="checkbox"/> CO-Diffusionsmessung
<input type="checkbox"/> Bronchoprovokation (Methacholin)
<input type="checkbox"/> maximale Atemdrucke | <input type="checkbox"/> Pleurasonographie
<input type="checkbox"/> Pleurapunktion |
| <input type="checkbox"/> Allergieabklärung | <input type="checkbox"/> Schlafabklärung
<input type="checkbox"/> respiratorische Polygraphie
<input type="checkbox"/> nächtliche Oximetrie |
| <input type="checkbox"/> Raucherberatung | <input type="checkbox"/> Heimventilation |
| <input type="checkbox"/> Blutgasanalyse | <input type="checkbox"/> Sauerstofftherapie |
| <input type="checkbox"/> Bronchoskopie | <input type="checkbox"/> pulmonale Rehabilitation
(in Zusammenarbeit mit dem Spital Zollikerberg) |

Datum: _____ zuweisende(r) Ärztin/Arzt: _____

bitte senden Sie mir weitere Anmeldeformulare