

Anmeldeformular

Patienteninformationen

Vorname: Tel.:
 Name: E-Mail:
 Geburtsdatum: Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich
 Strasse: Name der Krankenkasse:
 PLZ / Ort: AHV-Nr.:
 Krankheit ☐ VeKa-Nr.:

Zuweiserinformationen

Zuweisender Arzt: Praxis:
 Strasse: PLZ / Ort:
 E-Mail: Tel.:

Terminwunsch

☐ Pat. anbieten ☐ Gerät in Praxis am (Datum):

Fragestellung / Klinische Angaben

Diagnose / Fragestellung:
 Medikamente:

Gewünschte Untersuchung:

☐ **Holter EKG**
 Dauer: ☐ 24h ☐ 3-6 Tage ☐ 7 Tage
☐ **24h Blutdruck**
 Grösse: Gewicht: BD sitzend: BD stehend:
☐ **Pulsoxymetrie**
☐ Schnarchen ☐ Atempausen ☐ Müdigkeit ☐ Andere

Befundung durch:

☐ **Team Dr. M. Albanese** (24h-Blutdruck und Holter EKG) ☐ **Dr. A. Scherr** (Pulsoxymetrie)
☐ **Team Dr. N. Nager** (24h-Blutdruck und Holter EKG) ☐ **Team Dr. R. Nuber** (Pulsoxymetrie)
☐ **Befunder-Team nicht relevant** (24h-Blutdruck, Holter EKG und Pulsoxymetrie)