

Anmeldeformular

Patienteninformationen

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

Zuweiserinformationen

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

Terminwunsch

☐ Pat. anbieten: ☐ Gerät in Praxis: ☐ Dringend: ☐ Bis spätestens:

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:

☐ Dr. G. Nager ☐ Dr. M. Albanese ☐ Dr. ☐ keine