



## ANMELDUNG:

**Mail** anmeldung@paracelsus-spital.ch  
**Fax** 044 787 29 40

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Echokardiographie (TTE)                               | <input type="checkbox"/> Koloskopie   |
| <input type="checkbox"/> Stress-Echokardiographie                              | <input type="checkbox"/> Gastroskopie |
| <input type="checkbox"/> pharmakologisch <input type="checkbox"/> physikalisch | <input type="checkbox"/> Sonographie  |
| <input type="checkbox"/> Transösophageale Echokardiographie                    | <input type="checkbox"/> Punktion     |
| <input type="checkbox"/> 24 h-Blutdruckmessung                                 | <input type="checkbox"/> Duplex       |
| <input type="checkbox"/> 24 h-Holter-EKG                                       |                                       |
| <input type="checkbox"/> Belastungs-EKG (Ergometrie)                           |                                       |
| <input type="checkbox"/> Schrittmacher/ICD-Kontrolle                           |                                       |

(vorerst nur **Medtronic/Vitatron** und **St. Jude Medical SJM**-Geräte)

### Patientendaten:

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>
Geb. Datum	
Strasse	PLZ/Ort
Telefon P.	Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/>
Mobile	Kostenträger

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ambulant (Patienten bitte direkt aufbieten) | <input type="checkbox"/> stationär Zimmer .....                        |
| <b>Gewünschtes Untersuchungsdatum</b>                                | <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag |

### Klinische Angaben und Fragestellung:

**Diagnose:**  
**Fragestellung:**

Datum:	Zuweisender Arzt:
Befundkopie an:	
<b>Wie wünschen Sie die Befunddokumentation?</b>	<input type="checkbox"/> per Telefon <input type="checkbox"/> per Email (nur über eine sichere Leitung)
	<input type="checkbox"/> per Fax
	<input type="checkbox"/> per Post    Email an:

### Fachärzte Innere Medizin:

Dr. med. Christian Schikarski  
Dr. med. univ. (A) Roland Gödl  
Dr. med. Volker Lappoehn

### Fachärzte Hämatologie/Onkologie:

Dr. med. Boris Müller-Hübenthal  
Dr. med. Michael Decker  
Dr. med. Ludger Kneuper

### Facharzt Kardiologie:

Dr. med. Ron-Nicholas Hille

**Sekretariat Innere Medizin**

**Tel. 044 787 29 20 oder 27 50**