

## Zuweisung

### Angaben zum Patienten

Name	Vorname		
Geburtsdatum	Geschlecht	weiblich	männlich
Strasse/Nr.	PLZ/Ort		
Telefon privat/mobil	Telefon geschäftlich		
E-Mail			
Krankenkasse	Allgemein	Halbprivat	Privat

### Zuweisung

Pneumologie                      Somnologie  
Tauchmedizin                      Höhenmedizin

### Terminwunsch

Bitte aufbieten.

Termin: \_\_\_\_\_

### Gewünschter Arzt (kann nicht in jedem Fall gewährleistet werden)

Dr. med. René Fiechter              Stefan Wyden, dipl. Arzt              Dr. med. Anja Egli              Dr. med. Manon Leibl

### Fragestellung/Problematik

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Medikamente des Patienten

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Gewünschte Untersuchungen

Pneumologische Beurteilung              Somnologische Abklärung              Bronchoskopie/EBUS  
OSAS-Abklärung (Pulsoximetrie/Polygraphie)              Andere: \_\_\_\_\_

### Bericht per

E-Mail an	@hin.ch	Briefpost (bitte Adresse angeben):
Berichtskopie an:		

Datum \_\_\_\_\_ Zuweisender Arzt (Stempel): \_\_\_\_\_