



# Spital Affoltern

## Anmeldung Funktionsprüfungen

Untersuchungsdatum (wird von der Endoskopie ausgefüllt): .....

- |   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ruhe-EKG   | <input type="checkbox"/> zu Fuss                  | <input type="checkbox"/> im Bett |
| <input type="checkbox"/> Belastungs-EKG                                   | Grösse: .....                                     | Gewicht: .....                   |
| <input type="checkbox"/> 24-Std.-EKG                                      | <input type="checkbox"/> 24-Std.-Blutdruckmessung |                                  |
| <input type="checkbox"/> Spirometrie                                      | Grösse: .....                                     | Gewicht: .....                   |
| <input type="checkbox"/> Bodyplethysmographie<br>(Lungenfunktionsprüfung) | Grösse: .....                                     | Gewicht: .....                   |

---

Indikation/Diagnose .....

.....

.....

---

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Geschlecht .....

Adresse\* .....

Tel. Privat / Gesch.\* ..... Tel. Mobile .....

\*zwingend bei ambulanten Patienten

---

<input type="checkbox"/> ambulant	<b>zuweisender Arzt</b>	<input type="checkbox"/> stationär	<b>stationärer Arzt</b>
Name	.....	Name / Tel.	.....
Tel.	.....	Station	.....
Adresse	.....	Tel. Station	.....

### Kontakt Endoskopie

Tel. 044 714 28 83 · Fax 044 714 28 79 · endoskopie@spitalaffoltern.ch