

Anmeldung:

Tel: 056 222 81 81
Fax: 056 222 81 92

Dr. med. Ch. Löschhorn
FMH Pneumologie
Mellingerstrasse 207
5405 Baden-Dättwil

Personalien der Patientin / des Patienten

Name:	Tel. Privat:
Vorname:	Tel. Geschäft:
Geburtsdatum:	Mobile:
Strasse:	PLZ / Ort:

Fragestellung:

Gewünschte Leistung:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pneumologisches Konsilium mit: | <input type="checkbox"/> Kardiopulmonale Leistungsdiagnostik |
| <input type="checkbox"/> Lungenfunktion | <input type="checkbox"/> Schlafabklärung |
| <input type="checkbox"/> Bronchoprovokation mit Methacholin | <input type="checkbox"/> CPAP-Therapieeinleitung |
| <input type="checkbox"/> Bronchoprovokation mit Mannitol
(nach Rücksprache) | <input type="checkbox"/> Heimventilation (BIPAP) |
| <input type="checkbox"/> Allergieabklärung | <input type="checkbox"/> Sauerstofftherapie |
| <input type="checkbox"/> Rauchstoppperatung | <input type="checkbox"/> Pulmonale Rehabilitation (ambulant) |
| <input type="checkbox"/> Blutgasanalyse | <input type="checkbox"/> Bronchoskopie |

Datum: _____ Zuweisende(r) Ärztin / Arzt (Praxisstempel): _____