



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: |

Indikation/Diagnose:.....

Aktuelle Medikamente:.....

.....

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Adresse: *

Tel. Privat / Gesch.: * Tel. Mobile:

*zwingend bei ambulanten Patienten

- ambulant **zuweisender Arzt** stationär **stationärer Arzt**

Name: Name / Tel.:

Tel.: Station:

Adresse: Tel. Station:

Kontakt Endoskopie:

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