



Zuweiser

Name, Vorname	Telefon
Strasse, Nr.	Fax
PLZ, Ort	Email
Datum	

Patientendaten

Name, Vorname	Telefon (p)
Geburtsdatum	Telefon (g)
Strasse, Nr.	Mobile
PLZ, Ort	Krankenkasse
Sektion	

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bitte um telefonisches Aufgebot zu Hause | <input type="checkbox"/> Bitte um telefonisches Aufgebot im Geschäft |
| <input type="checkbox"/> Bitte um schriftliches Aufgebot | <input type="checkbox"/> Termin bereits vereinbart |
| <input type="checkbox"/> Untersuchung in Interlaken | <input type="checkbox"/> Untersuchung in Zweisimmen |

Klinische Angaben, Indikation, Fragestellung:

.....
.....
.....

Begleiterkrankungen, Vorsichtsmassnahmen

Diabetes, Herzerkrankungen, Hauterkrankungen, Darmerkrankungen, Operationen etc

.....
.....
.....

Medikamente:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ASS | <input type="checkbox"/> Antikoagulation |
| <input type="checkbox"/> Antidiabetikum | <input type="checkbox"/> Antihypertensivum |
| <input type="checkbox"/> Statin | <input type="checkbox"/> andere |

Voruntersuchungen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Labor: Bitte zusenden | <input type="checkbox"/> Rx Befunde: Bitte Zusenden |
| <input type="checkbox"/> Rx-Bilder Bitte auf CD mitgeben | |

Abklärungswunsch:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Konsilium / Beratung | <input type="checkbox"/> Sonographie am Bewegungsapparat |
| <input type="checkbox"/> Sonographiegesteuerte Infiltration | <input type="checkbox"/> Wirbelsäuleninfiltration |