

Telefon 081 926 54 01  
E-Mail [medizin@spitalilanz.ch](mailto:medizin@spitalilanz.ch)

## Anmeldung

Patient\*in hat Termin am (Datum/Zeit)

Patient\*in aufbieten

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Strasse

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Geb. Datum

\_\_\_\_\_  
Tel./Mobile

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
UVG/Schaden-Nr.

### Gewünschte Untersuchung

Ruhe-EKG  
Echokardiographie  
Fahrradergometrie  
Stressechokardiographie  
Langzeit-EKG (Holter)  
24-Std.-Blutdruckmessung  
Herzschritmacherkontrolle  
Schellong-Test  
kleine Spirometrie  
gr. Lungenfunktionsprüfung (Plethysmographie)  
Schlafapnoe-Screening

### Untersuchung auf LIPS

Carotissinus-Druckversuch  
Kipptischuntersuchung (Tilt-Test)  
Telemetrie

### Angiolab

Arterieller Gefässstatus (Knöchel-Arm-Index)  
Oszillographie  
Venenverschlussplethysmographie  
Licht-Reflexions-Rheografie

### Klinische Angaben / Fragestellung

**Allergien**

**Grösse**

**Gewicht**

**Blutdruck**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Datum**

**Einweisende\*r Arzt\*in**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_