

## **Anmeldung**

### **zur Pneumologischen Untersuchung**

an [pneumologie@praxisumbern.ch](mailto:pneumologie@praxisumbern.ch) oder Fax 026 674 93 25

## Pneumologie Gurmels

Dr. med. Miriam Marchon  
Fachärztin für Pneumologie  
Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin

## **Patientin/Patient**

Name	Geburtsdatum
Vorname	Telefon P
Strasse/Nr	Telefon G
PLZ/Ort	Mobile

vereinbarter Termin \_\_\_\_\_

bitte aufbieten

### **Klinische Angaben**

**Zuweisende(r):**

### **Fragestellung(en)**

**Kopie an:**

### **Gewünschte fachspezifische Untersuchungen** (mit Beurteilung / Konsilium)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> vollständige Lungenfunktionsprüfung (TLC, RV, VC, FEV1, FVC) | <input type="checkbox"/> arterielle Blutgasanalyse |
| <input type="checkbox"/> CO-Diffusionskapazität                                       | <input type="checkbox"/> O2 Titration              |
| <input type="checkbox"/> NO-Messung   | <input type="checkbox"/> Kapnographie              |
| <input type="checkbox"/> Bronchoprovokationstest                                      | <input type="checkbox"/> Allergiediagnostik        |
| <input type="checkbox"/> schlafmedizinische Abklärung                                 | <input type="checkbox"/> 6 Minuten Gehtest         |

Datum/Unterschrift

Praxisstempel