



Patientendaten:  m  w

Name  Geburtsdatum

Vorname

Strasse, Nr.

PLZ  Ort

Behandelnde/r Ärztin /Arzt: \_\_\_\_\_

Praxis: \_\_\_\_\_

**Kostenträger (bitte unbedingt ausfüllen):**

Versicherung: \_\_\_\_\_ Versichertennummer: \_\_\_\_\_

E-Mail für Befundübermittlung: \_\_\_\_\_

Patienten-Termin am: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ um \_\_\_ : \_\_\_ Uhr

**LANGZEIT-BLUTDRUCK**

24h Blutdruck Grösse: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg  RaucherIn  NichtraucherIn

**LANGZEIT-EKG**

24h Holter  48h Holter  7 Tage Holter  \_\_\_\_\_

Fragestellung \_\_\_\_\_

Medikation \_\_\_\_\_

*In Zusammenarbeit mit der Herzpraxis Zürich Nord, 8050 Zürich*

**NÄCHTLICHE PULSOXYMETRIE**

**Fragestellung**  
Nächtliche Hypoxämie  nein  ja  
Repetitive Entsättigungen  nein  ja

**Therapie**  
Sauerstofftherapie  nein  ja  
Liter /Min. \_\_\_\_\_

Fragestellung \_\_\_\_\_

Anamnese \_\_\_\_\_

Medikation \_\_\_\_\_

*In Zusammenarbeit mit der Pneumologie Zollikerberg, 8125 Zollikerberg*

**WIRD VOM LABOR AUSGEFÜLLT**

Patientennummer: \_\_\_\_\_ Gerätenummer: \_\_\_\_\_