



Patientendaten: m w

Name Geburtsdatum

Vorname

Strasse, Nr.

PLZ Ort

Behandelnde/r Ärztin /Arzt:

Befundkopie an:

Name / Praxis:

Strasse:

PLZ und Ort:

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: