

Tel. +41 81 926 51 11  
Fax +41 81 926 51 99  
E-Mail: [medizin@spitalilanz.ch](mailto:medizin@spitalilanz.ch)

## Anmeldung Funktionslabor

Patient hat Termin am (Datum/Zeit)

Patient aufbieten

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Geb. Datum

Tel./Mobile

Krankenkasse

UVG Schaden Nr.

### Gewünschte Untersuchung

Ruhe-EKG

Fahrradergometrie

Langzeit-EKG (Holter)

24-Std.-Blutdruckmessung

Herzschrittmacherkontrolle

Schellong-Test

Oszillographie Beinarterien

Kleine Spirometrie

gr. Lungenfunktionsprüfung  
(Plethysmographie)

CO-Diffusionskapazität (DLCO)

Schlafapnoe-Screening

### Untersuchung auf IMC

Carotissinus-Druckversuch

Kipptischuntersuchung (Tilt-Test)

Telemetrie

### Portabler Blutfluss-Doppler (mini Doppler)

Arterieller Gefässstatus (Arm-Knöchel-Index)

### Klinische Angaben / Fragestellung

Allergien

Grösse

Gewicht

Blutdruck

Datum

Einweisender Arzt