

Patienten-Überweisung

Angaben zum Patienten

Name*	weiblich		männlich		Vorname*
Geschlecht*					Geburtsdatum*
Festnetz*					Mobil*
E-Mail*					
Strasse/Nr.*					PLZ/Ort*
Krankenkasse	Allgemein		Halbprivat		Privat

Zuweisende Praxis

Praxisname	Zuweisende/r Ärztin/Arzt*
Telefon*	E-Mail*
Strasse/Nr.*	PLZ/Ort*
Datum*	

Terminwunsch

Datum	Dringend (in 1 Woche)	Normal (in 2-3 Wochen)	Eilt nicht (in 4-5 Wochen)
Gewünschter Standort	Zeughausstrasse 10, Schwyz	Spitalstrasse 28, Einsiedeln	Mariahilfstrasse 4, Tafers

Gewünschte Untersuchung

ÖGD	Manometrie Oesphagus	Spezialsprechstunde Reflux und Eosinophile Oesophagitis
Koloskopie	Manometrie anal	Spezialsprechstunde Inkontinenz und Reizdarm
Rekto- / Proktoskopie	Impedanz pH-Metrie	Spezialsprechstunde chron. entzündliche Darmerkrankung
Sonographie		

Grund für die Überweisung

siehe Anlage

Wichtige Erkrankungen

D.m.	Typ I	Typ II
KHK	Schrittmacher	Defibrillator

Weiteres

Medikamente

siehe Anlage

Insuline / Antidiabetika

Gerinnungshemmer:

Vitamin K Antagonisten (Marcoumar, Sintrom)

F Xa / Thrombin Inhibitoren (Xarelto, Eliquis, Lixiana, Pradaxa)

Thrombozytenaggregationshemmer (ASS)

Py2 Inhib. Clopidogrel (Plavix), Prasugrel (Efient, Prasuguel mepha), Ticagrelor (Brilique)

Allergien

Nein

Ja, und zwar