

# Ambulante ärztliche Zuweisung Pneumologie und Somnologie

## Patientin / Patient

Nachname		Vorname	
Geburtsdatum		Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Strasse / Nr.		PLZ / Wohnort	
E-Mail		Telefonnummer	
Versicherungs-Nr.		Krankenkasse	

## Kontakt Angehörige (falls nötig)

Name		Telefon / Mobil	
------	--	-----------------	--

## Anmeldung für

<input type="checkbox"/> Pneumologische Abklärung	<input type="checkbox"/> Rauchstopp-Beratung
<input type="checkbox"/> Schlafmedizinische Abklärung	<input type="checkbox"/> Allergologische Abklärung / Asthmaabklärung
<input type="checkbox"/> Sauerstoffbedarfsabklärung	<input type="checkbox"/> Ambulante pulmonale Rehabilitation

## Zuweisungsgrund / Diagnose

Weitere Dokumente können Sie direkt in der E-Mail einfügen, wenn Sie unten rechts auf «PDF senden» klicken.

Dringlichkeit hoch      Bei einem **Notfall** kontaktieren Sie uns bitte sofort über die **Direktnummer 044 934 21 30**.

## Zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt

Name / Praxis	
PLZ / Praxisort	
Telefon Praxis	

Datum Stempel und Unterschrift

Bitte senden Sie das Formular ausgefüllt an [pneumologie@gzo.ch](mailto:pneumologie@gzo.ch).

Bei Fragen erreichen Sie uns telefonisch unter 044 934 20 13.