

Zuweisung Medizinbereich iPR

Betrifft

Name / Vorname:

Geb. Datum:

Adresse, PLZ/Ort:

Telefon:

Programm und Zuweisungsgrund

☐ **Kardio^{PRO}**

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> KHK | <input type="checkbox"/> strukturelle Kardiopathien | <input type="checkbox"/> Infarkt |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Lungenembolie | <input type="checkbox"/> nach Operation |
| <input type="checkbox"/> Rhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Andere | |

☐ **Conva^{FIT}** bei Adipoitas (BMI \geq 30)

☐ **Angio^{PRO}**

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PAVK | <input type="checkbox"/> Gefäss-OP |
|-------------------------------|------------------------------------|

☐ **Pink^{PRO}** bei Brustkrebserkrankung vor/während/nach Akutbehandlung

☐ **Neuro^{PRO}**

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> TIA | <input type="checkbox"/> Andere |
|---------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|

☐ **Dia^{PRO}** bei Diabetes Mellitus

☐ **Nephro^{PRO}** bei chronischer Nierenerkrankung

☐ **Onko^{PRO}** bei Tumorerkrankungen vor/während/nach Akutbehandlung

☐ **Pneumo^{PRO}**

- | | | |
|--|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Pneumonie | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> interstitielle Lungenerkrankung | | |
| <input type="checkbox"/> Andere | | |

☐ **Kranio^{PRO}** bei chronisch en Kopfschmerzpatienten in Kooperation mit Neurologie

Das Zuweisungsformular inkl. letztem Arztbericht können Sie uns an ipr@spital.so.ch (HIN secured) senden. Wir danken Ihnen für die Überweisung des oben genannten Patienten/der oben genannten Patientin in den Medizinbereich iPR. Unser Leitender Arzt wird die Unterlagen sichten und wir werden den Patienten/die Patientin zu einem Eintrittstermin einladen.

Datum:

einweisende/r Arzt/Ärztin