

## Anmeldung Medizinisches Untersuchungszentrum (MUZ)

Tel: +41 81 851 85 82  
Fax: +41 81 851 85 17  
E-Mail: anmeldungmuz@spital.net

Dr. med. P. Egger, *Chefarzt*  
Dr. med. M. Kubli, *Stv. Chefarzt*  
Prakt. med. L. K uchler, *Oberärztin*

Bitte Kopie der Anmeldung an den untersuchenden Arzt

[egger.patrick@spital.net](mailto:egger.patrick@spital.net) (Kardiologie)  
[kubli.markus@spital.net](mailto:kubli.markus@spital.net) (Gastroenterologie)  
[anmeldungmuz@spital.net](mailto:anmeldungmuz@spital.net) (Pneumologie)

Termin vereinbart auf

Bitte zur Untersuchung anbieten

Pat.-ID

Name/Vorname

Tel Privat

Geburtsdatum

Tel Geschäft

Strasse

Tel Mobile

PLZ/Ort

E-Mail

### Gewünschte Untersuchung

Kardiologisches Konsilium

Gastroenterologisches  
Konsilium

Pneumologisches Konsilium

Echokardiographie

Koloskopie

Lungenfunktionsprüfung

Ergometrie

Anoskopie

Bronchoprovokationstest

24-Stunden-EKG

Flexible Sigmoidoskopie

Spiroergometrie

Event-Recording

Gastroskopie

Bronchoskopie

24-Stunden-Blutdruck

Ultraschall Abdomen

Kutaner Allergietest (bei  
Lungenerkrankungen)

SM-/ICD-Kontrolle

ERCP

Schlafapnoeabkl rung

Ruhe EKG

Pleurapunktion

Andere Untersuchung:

### Klinische Angaben / Fragestellung

### Medikamente

Datum der Anmeldung

Zuweisende/r Ärztin/Arzt  
(Unterschrift/Stempel)

