**Überweisung zur ambulanten Untersuchung/ Behandlung/ Spezialsprechstunden**

|  |
| --- |
| **Departement Medizin** LeiterPD Dr. L. U. Zimmerli, EMBAmedizin.kso@spital.so.ch |

|  |  |
| --- | --- |
| **Angiologie/ Gefässzentrum**angiologie.kso@spital.so.chgefaesszentrum.kso@spital.so.ch[ ]  Dr. B. Blum, Leitender Arzt [ ]  Dr. S. Fasihi, Leitender Arzt[ ]  Dr. P. Kissling, Chefarzt Gefässchirurgie SO[ ]  Dr. R. Gönner, Leitende Ärztin **Diabetologie/Endokrinologie**endokrinologie.kso@spital.so.ch[ ]  PD Dr. T. Züger, Chefarzt | **Onkologie**onkologie.kso@spital.so.ch[ ]  Dr. W. Mingrone, Leitender Arzt[ ]  Dr. U. Uhlmann, Leitende Ärztin[ ]  Dr. M. Kälin, Leitender Arzt[ ]  Dr. Dr. N. Kotrubczik, Leitende Ärztin**Pneumologie**pneumologie.kso@spital.so.ch[ ]  Dr. M. Maurer, Leitender Arzt[ ]  Dr. K. Affolter, Leitende Ärztin |
| **Gastroenterologie** gastroenterologie.kso@spital.so.ch[ ]  Prof. (KG) Dr. M. Breidert, Leitender Arzt[ ]  PD Dr. M. Donner, Leitender Arzt**Hämatologie**haematologie.kso@spital.so.ch[ ]  Dr. D. Friess, Leitende Ärztin | **Palliative Care**palliativecare\_ol@spital.so.ch[ ]  Dr. M. Jungi, Leitender Arzt**Rheumatologie** rheumatologie.kso@spital.so.ch[ ]  Dr. F. Müller, Leitende Ärztin[ ]  Dr. E. Zeiner, Leitende Ärztin |
| **Infektiologie/Spitalhygiene**infektiologie.kso@spital.so.ch[ ]  Dr. R.J. Piso, Leitender Arzt[ ]  Dr. M. Hoffmann, Leitender Arzt | **Innere Medizin/ Hypertonie**medizin.kso@spital.so.ch[ ]  PD Dr. L.U. Zimmerli, Chefarzt |
| **Kardiologie**kardiologie.kso@spital.so.ch[ ]  Dr. D. Zumstein, Stv. Chefarzt Kardiologie soH[ ]  Dr. J. Formambuh, Leitender Arzt | **Innere Medizin/ Sonographie Abdomen**medizin.kso@spital.so.ch[ ]  Dr. R. Rodak, Leitende Ärztin[ ]  Dr. R. Felser |
| **Nephrologie / Nierensteinzentrum**nephrologie.kso@spital.so.chnierensteinzentrum.kso@spital.so.ch[ ]  Dr. Ch. Forster, Leitender Arzt | **anderes**[ ]  medizin.kso@spital.so.ch |
| **Neurologie**neurologie.kso@spital.so.ch[ ]  Dr. I. Greeve, Co-Chefärztin soH[ ]  Dr. M. Lindner, Leitender Arzt |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name:       | Vorname:       | Geb. Datum:       |
| Adresse:       |
| Tel.:       | Geschlecht: | [ ]  männlich | [ ]  weiblich |
| KK/Versicherung:       | [ ]  allgemein | [ ]  halbprivat | [ ]  privat |
| Dringlichkeit: | [ ]  eilt | [ ]  normal |  |
| [ ]  konsiliarische Beurteilung | [ ]  Übernahme der Behandlung |
| **Bitte aktuelle Medikamentenliste dieser Anmeldung beilegen** |
| Diagnose/Nebendiagnosen/Fragestellung/bisherige Therapie:  |
| Datum/Zuweisender Arzt:       |
| **Beilagen:** [ ]  Röntgen/ Berichte |