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

|  |
| --- |
| **Departement Medizin**  Leiter PD Dr. L. U. Zimmerli, EMBA medizin.kso@spital.so.ch |

|  |  |
| --- | --- |
| **Angiologie/ Gefässzentrum**  [angiologie.kso@spital.so.ch](mailto:angiologie.kso@spital.so.ch)  gefaesszentrum.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](mailto: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.ch  nierensteinzentrum.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 | | | |