

**Universitätsklinik für Rheumatologie, Immunologie und Allergologie**

## **Berner Allergologie Zentrum**

Telefon +41 31 632 22 69 • Fax +41 31 632 42 08 • [www.allergiebern.ch](http://www.allergiebern.ch)

### **Anmeldung für Allergologische/Immunologische Abklärung**

**Name** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_ m  w

**Strasse** \_\_\_\_\_ **Nr.** \_\_\_\_\_

**PZL** \_\_\_\_\_ **Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon** (Privat/Natel/Geschäft) \_\_\_\_\_

**Krankenkasse/Kostenträger** \_\_\_\_\_

**Fragestellung und klinische Diagnose** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Gegenwärtige Medikamente** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Alle Antihistaminika sollten möglichst 5-7 Tage vor der Abklärung abgesetzt werden!**

Bei Asthma-Patienten wird eine aktuelle Spirometrie durchgeführt. Falls ausdrücklich anders erwünscht, bitten wir um die Zustellung einer rezenten Lungenfunktion.

**Bemerkungen** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vereinbarter Termin** \_\_\_\_\_

**Datum:**

**Zuweisender Arzt (Stempel/Unterschrift)**