

Anmeldung zur kardiologischen Abklärung

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.datum: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

☎ P: _____ ☎ G: _____ ☎ Mobil: _____

Gewünschte Untersuchung(en):

Konsilium

Echokardiographie

Belastungs-EKG

24-h-EKG

Ereignis-EKG

24-h-Blutdruck

Schrittmacher-Kontrolle

ICD-Kontrolle

Zuweisung für:

Dr. N. Hess

Dr. T. Cron

Beide möglich

Fragestellung:

Wir bitten Sie, uns allfällige relevante Befunde zuzustellen.

Termin bereits vereinbart auf: _____

Bitte aufbieten

Bitte Anmeldeformulare senden

Beilagen:

Datum: _____

Stempel und Unterschrift Zuweiser