

Anmeldung zur kardiologischen Abklärung

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.datum: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

☎ P: _____ ☎ G: _____ ☎ Mobil: _____

Gewünschte Untersuchung(en):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Konsilium | <input type="checkbox"/> Echokardiographie | <input type="checkbox"/> Belastungs-EKG |
| <input type="checkbox"/> 24-h-EKG | <input type="checkbox"/> Ereignis-EKG | <input type="checkbox"/> 24-h-Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Schrittmacher-Kontrolle | <input type="checkbox"/> ICD-Kontrolle | <input type="checkbox"/> Stress-Echokardiographie |
| <input type="checkbox"/> anderes _____ | | |

Zuweisung für:

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dr. N. Hess | <input type="checkbox"/> Dr. T. Cron | <input type="checkbox"/> Dr. A. Kessel | <input type="checkbox"/> Alle möglich |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|

Fragestellung:

Wir bitten Sie, uns allfällige relevante Befunde zuzustellen.

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Termin bereits vereinbart auf: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Bitte aufbieten | |
| <input type="checkbox"/> Bitte Anmeldeformulare senden | |
| <input type="checkbox"/> Beilagen: | |

Datum: _____

Stempel und Unterschrift Zuweiser