

Anmeldung zur kardiologischen Untersuchung für ambulante Patienten

Patient/in
Name, Vorname: _____ Zuweisender Arzt: _____

Geburtsdatum: _____ Strasse: _____

Strasse: _____ Ort: _____

Wohnort: _____ Telefon: _____

Telefon: _____ Emailadresse: _____

Email: _____

Krankenversicherung: _____

Vereinbarter Termin am: _____ Aufgebot elektiv: _____ Aufgebot dringlich: _____

Klinische Angaben: _____

Aktuelle Medikation: _____

Fragestellung: _____

Gewünschte Untersuchung:

Klinische Beurteilung / Konsilium Echokardiographie Kipptischuntersuchung

Belastungs-EKG- Synkopenabklärung

24-Stunden-Holter EKG 24-Stunden Blutdruckmessung

Bericht gewünscht: per Email per Post

aktuelles Datum: _____