

Anmeldeformular Kardiologie

Terminwunsch / Dringlichkeit _____

Patientendaten:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Strasse: _____
PLZ/ Ort: _____
Telefon: _____

Zuweisende(r) Ärztin /Arzt
(Stempel und Unterschrift):

Datum: _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Transthorakale Echokardiographie (TTE) | <input type="checkbox"/> 24-Std. Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Transösophagale Echokardiographie (TEE) | <input type="checkbox"/> Carotis-Druck-Massage |
| <input type="checkbox"/> Dobutamin-Stressechokardiographie (DSE) | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacherkontrolle |
| <input type="checkbox"/> Fahrrad Ergometrie | <input type="checkbox"/> ICD-Kontrolle (Interner Cardioverter Defibrillator) |
| <input type="checkbox"/> 12-Ableitungs-EKG | <input type="checkbox"/> Kardiologische Abklärung (Sprechstundentermin) |
| <input type="checkbox"/> 24-Std. EKG | |
| <input type="checkbox"/> R-Test (Event Recorder, 7-Tage-EKG) | <input type="checkbox"/> _____ |

Anamnese / Befunde / Diagnosen:

Medikamente:

Fragestellung: