

Anmeldung Kardiologie

Untersuchung

Termin: regulär baldmöglichst notfall (bitte telefonieren)
 Frühere Untersuchungen: ja, bitte Befundkopien beilegen

Patient/-in

Name: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Tel: _____
 Strasse: _____ Ort: _____
 KK/Versicherungsdauer: _____

Zuweiser/-in:

Name: _____ Vorname: _____
 Strasse: _____ Ort: _____
 Tel: _____

Kopie an:

Name: _____ Vorname: _____
 Strasse: _____ Ort: _____

Gewünschte Untersuchung:

Konsilium
 Ergometrie (Velo, Laufband)
 Echokardiographie Transthorakal (TTE) Transösophageal (TEE)
 Echo spezial (nach Rücksprache) Stress medikamentös Stress physikalisch
 Langzeit-EKG (24-h) auf Wunsch auch 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 Tage
 R-Test
 24-h-Blutdruck
 Implantation eine Ereignis-, resp. Loop Recorders (EKG Aufzeichnung 2-3 Jahre)
 Pacemaker Kontrolle Implantation
 ICD oder CRT Kontrolle Implantation
 Koronarangiographie; bei St.n. ACBP bitte Op-Bericht mitgeben
 Verschluss offenes Foramen ovale/Vorhofseptumdefekt (nach Rücksprache)
 Myokardszintigraphie (in Zusammenarbeit mit Radiologie), allenfalls nach Rücksprache
 Herz-MRI, CT (in Zusammenarbeit mit Radiologie), allenfalls nach Rücksprache
 Ambulante Herzrehabilitation
 Herzinsuffizienzberatung
 Andere (bitte präzisieren)

Anamnese/Fragestellung:

Bemerkung: