

Anmeldung zur kardiologischen Abklärung

(Zuweisung bevorzugt elektronisch an kardioteam@hin.ch)

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"/> Stress-Echo |
| <input type="checkbox"/> Belastungs-EKG | <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG (bis 7 Tage) | <input type="checkbox"/> 24-h-Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Schrittmacher-Kontrolle | <input type="checkbox"/> ICD-Kontrolle | <input type="checkbox"/> anderes: _____ |

Zuweisung für:

- Dr. N. Hess Dr. A. Kessel Dr. T. Cron Dr. R. Handschin Alle möglich

Fragestellung:

Wir bitten Sie, uns relevante Befunde und einen Therapieplan zuzustellen

- Termin bereits vereinbart auf: _____
- Bitte aufbieten

Datum: _____

Stempel und Unterschrift Zuweiser