

ANMELDUNG ZUR KARDIOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG:

Name:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Beruf:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>		
Telefon: Privat:	<input type="text"/>	Geschäft:	<input type="text"/>
Krankenkasse:	<input type="text"/>	Stationär: Bitte Kopie KK Ausweis mitbringen	Allgemein Halbprivat Privat

ZUWEISUNG AN: WIRD EIN BESTIMMTER ARZT GEWÜNSCHT, BITTE ENTSPRECHEND ANKREUZEN.
ANSONSTEN ERFOLGT DIE ZUTEILUNG PRAXIS-INTERN.

Dr. R. Hämmerli

Dr. U. Bucher

Dr. Ch. Hansi

TERMIN BEREITS VEREINBART:

NEIN

JA, FÜR DEN

KARDIOLOGISCHE BEURTEILUNG:

DIE ZUSÄTZLICHEN APPARATIVEN UNTERSUCHUNGEN WERDEN ENTSPRECHEND DER INDIKATION DURCHGEFÜHRT; EVENTUELL SIND MEHRERE KONSULTATIONEN NOTWENDIG.

Echokardiographie

Transösophagale Echokardiographie *

Belastungs-EKG

Schrittmacher-Kontrolle/Kontrolle von ICD/CRT

Myokardperfusionsszintigraphie (Mibi) *

Ambulante kardiale Rehabilitation *

24-h-EKG (Holter)

24 Std. Blutdruckprofil

7-d-EKG (Custo)

* ambulant oder stationär in der Hirslanden Klinik St. Anna

Schrittmacher-/ICD-Implantation *

Stationäre Therapie

FRAGESTELLUNG / INDIKATION:

BISHERIGE THERAPIE:

DATUM:

ABSENDER

STEMPEL / UNTERSCHRIFT: