

Anmeldung zur kardiologischen Abklärung

Name Vorname

Geburtsdatum m w

Adresse

Tel. Privat Tel. Mobil

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kardiologische Abklärung | <input type="checkbox"/> Ruhe-EKG |
| <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle | <input type="checkbox"/> 24h-EKG |
| <input type="checkbox"/> Fahrradergometrie | <input type="checkbox"/> 7-Tage-EKG/Event-Recorder |
| <input type="checkbox"/> Transthorakale Echokardiographie | <input type="checkbox"/> 24h-Blutdruckmessung |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Kontrolle interner Eventrecorder |
| <input type="checkbox"/> ICD- oder CRT-Kontrolle | |

Terminwunsch:

- Bitte Patient aufbieten
 - dringlich, innert ____ Tagen
 - nicht dringlich
- Patient hat Termin am:

Fragestellung:

Bisherige Diagnosen:

Medikamente:

Bemerkungen:

Datum

Absender

Bitte füllen Sie dieses Formular aus, speichern es ab und schicken es uns per Mail (herpraxis-uster@hin.ch), per Fax oder auf dem Postweg zu.