

## Anmeldung zur kardiologischen Abklärung

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ ☐ m ☐ w

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_ Telefon Mobil \_\_\_\_\_

- |                                                           |                                                          |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kardiologische Abklärung         | <input type="checkbox"/> 24h-EKG                         |
| <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle                | <input type="checkbox"/> 3-7-Tage-EKG                    |
| <input type="checkbox"/> Fahrradergometrie                | <input type="checkbox"/> Event-Recorder (bis zu 30 Tage) |
| <input type="checkbox"/> Transthorakale Echokardiographie | <input type="checkbox"/> 24h-Blutdruckmessung            |
| <input type="checkbox"/> Stress-Echokardiographie         | <input type="checkbox"/> Schrittmacher- / ICD-Kontrolle  |
| <input type="checkbox"/> Ruhe-EKG                         |                                                          |

Terminwunsch \_\_\_\_\_ ☐ notfallmässig ☐ dringlich ☐ elektiv

Patient hat Termin am: \_\_\_\_\_

Fragestellung \_\_\_\_\_

Bisherige Diagnosen \_\_\_\_\_

Medikamente \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_