

## ANMELDUNG KARDIOLOGIE

### PATIENT

Name .....Vorname .....

Geb. Datum.....Tel.....

E-Mail-Adresse.....

Strasse/Nr .....PLZ/Ort.....

### GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Echokardiographie               | <input type="checkbox"/> Stressechokardiographie               |
| <input type="checkbox"/> Ergometrie                      | <input type="checkbox"/> Schrittmacher- und/oder ICD-Kontrolle |
| <input type="checkbox"/> Ruhe-Elektrokardiogramm (EKG)   | <input type="checkbox"/> Eventrecorder -Implantation           |
| <input type="checkbox"/> 24h-EKG (Holter), ggfs. 7 Tage  | <input type="checkbox"/> 24h Blutdruckmessung                  |
| <input type="checkbox"/> Abklärung nach eigenem Ermessen |  |

### BISHERIGE BEFUNDE (Anamnese/Klinik/ Röntgen/Labor)

---

---

### FRAGESTELLUNG/INDIKATION:

---

---

### AKTUELLE MEDIKATION:

---

---

### TERMIN:

- notfallmässig
- bereits telefonisch vereinbart
- innert 2–4 Tagen
- innert 1–2 Wochen
- bitte Patienten direkt aufbieten

### Befundmeldung erwünscht per:

- Post
- per E Mail
- sofort Tel :

### ZUWEISER:

---

---