

## ANMELDUNG

### Untersuchung

Termin:  regulär  baldmöglichst  Notfall (Bitte anrufen)  
Frühere Untersuchungen:  ja (Bitte Befundkopien beilegen)

### Patientin / Patient

Vorname: ..... Geschlecht:  weiblich  männlich  
Name: ..... Geburtsdatum: .....  
Strasse, Nr.: ..... Telefon privat: .....  
PLZ, Ort: ..... Telefon Geschäft: .....  
Krankenkasse: ..... Telefon mobil: .....  
 Allgemein  HP  P  Selbstzahler/-in E-Mail: .....

### Zuweiserin / Zuweiser

Vorname: ..... Strasse, Nr.: .....  
Name: ..... PLZ, Ort: .....  
Telefon: .....

### Kopie an

Vorname: ..... Strasse, Nr.: .....  
Name: ..... PLZ, Ort: .....

### Gewünschte Untersuchung

- Konsilium
- Ergometrie (Velo, Laufband)
- Echokardiographie  Transthorakal (TTE)  Transösophageal (TEE)
- Echo spezial (nach Rücksprache) Stress medikamentös Stress physikalisch
- Langzeit-EKG (24-h) auf Wunsch auch 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 Tage
- R-Test
- 24-h-Blutdruck
- Implantation eine Ereignis-, resp. Loop Recorders (EKG Aufzeichnung 2-3 Jahre)
- Pacemaker  Kontrolle  Implantation
- ICD oder CRT  Kontrolle  Implantation
- Koronarangiographie; bei St.n. ACBP bitte Op-Bericht mitgeben
- Verschluss offenes Foramen ovale/Vorhofseptumdefekt (nach Rücksprache)
- Myokardszintigraphie (in Zusammenarbeit mit Radiologie), allenfalls nach Rücksprache
- Herz-MRI, CT (in Zusammenarbeit mit Radiologie), allenfalls nach Rücksprache
- Ambulante Herzrehabilitation
- Herzinsuffizienzberatung
- Andere (Bitte präzisieren)

### Anamnese / Fragestellung

### Bemerkung