

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