

ANMELDUNG ZUR KARDIOLOGISCHEN ABKLÄRUNG

Name: _____ Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kardiologisches Konsilium | <input type="checkbox"/> Ruhe- Elektrokardiogramm (EKG) |
| <input type="checkbox"/> Kardiologische Verlaufskontrolle | <input type="checkbox"/> 24h / 48h EKG (Holter) |
| <input type="checkbox"/> Fahrradergometrie | <input type="checkbox"/> 7 Tage EKG (Holter) |
| <input type="checkbox"/> Laufbandergometrie | <input type="checkbox"/> 24h-Blutdruckmessung |
| <input type="checkbox"/> Transthorakale Echokardiographie | <input type="checkbox"/> Schrittmacherkontrolle |
| <input type="checkbox"/> Stressechokardiographie | <input type="checkbox"/> Elektrokonversion (EKV) |
| <input type="checkbox"/> Transoesophageale Echokardiographie* | |
- *Untersuchung nüchtern (Infoblatt unter www.herz-zuerich.ch)

- Termin:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> notfallmässig (bitte um telefonische Anmeldung) | <input type="checkbox"/> bereits telefonisch vereinbart |
| <input type="checkbox"/> möglichst bald | <input type="checkbox"/> bitte Patienten direkt aufbieten |
| <input type="checkbox"/> nicht dringend | <input type="checkbox"/> telefonische Befundmeldung erwünscht |

Fragestellung: _____

Aktuelle Medikation: _____

Datum: _____ Zuweiser / Stempel

Bitte Dokumentationen von früheren Untersuchungen/Hospitalisationen beilegen.