

## Anmeldung zur kardiologischen Abklärung

### Patientenangaben

Name	_____	Vorname	_____
Geb. Datum	_____	Krankenkasse	_____
Strasse	_____	PLZ/Ort	_____
Telefon P	_____	Telefon G	_____
Mobile	_____	Email	_____

Dr. T. Schepis

Dr. D. Müller

Dr. K. Blöchlinger

Arzt egal

Patient direkt aufbieten

Termin bereits vereinbart am: \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr

Kardiologisches Konsilium

24h Holter-EKG

Verlaufskontrolle

72h Holter-EKG

Fahrradergometrie

7d Holter-EKG

Laufbandergometrie

24h-Blutdruckmessung

Echokardiographie

Schrittmacher-/ICD-/CRT-Kontrolle

Transoesophageale Echokardiographie

Koronar-CT (interdisziplinär mit Radiologen)

Stress-Echokardiographie

Schrittmacherimplantation / Batteriewechsel

Carotisduplexsonographie

**Relevante Diagnosen:**

---

---

**Fragestellung:**

---

---

**Medikation:**

---

---

**Bemerkungen:**

---

---

Bitte Dokumentationen von früheren Untersuchungen/Hospitalisationen und Laborwerte beilegen. Danke.

**Überweisender Arzt/Stempel:**