

# Anmeldung Kardiologie

Terminwunsch / Dringlichkeit \_\_\_\_\_

**Patientendaten:**

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Strasse: \_\_\_\_\_  
 PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_

**Zuweisende(r) Ärztin / Arzt**  
 (Stempel und Unterschrift):

Datum: \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Transthorakale Echokardiographie (TTE)  | <input type="checkbox"/> R-Test (Event Recorder, 7-Tage-EKG)                 |
| <input type="checkbox"/> Transösophagale Echokardiographie (TEE) | <input type="checkbox"/> 24-Std. Blutdruck                                   |
| <input type="checkbox"/> Dobutamin-Stressechokardiographie (DSE) | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacherkontrolle                          |
| <input type="checkbox"/> Koronar-CT                              | <input type="checkbox"/> ICD-Kontrolle (Interner Cardioverter Defibrillator) |
| <input type="checkbox"/> Fahrrad und Laufband Ergometrie         | <input type="checkbox"/> Kardiologische Abklärung (Sprechstundentermin)      |
| <input type="checkbox"/> 12-Ableitungs-EKG                       |  |
| <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG (24-h bis 7 Tage)          | <input type="checkbox"/> _____   |

**Anamnese / Befunde / Diagnosen:**

**Medikamente:**

**Fragestellung:**