

# Anmeldung

## Kardiologie-Sprechstunde

 Patient direkt aufbieten

Wunschtermin: \_\_\_\_\_

**Patientenangaben:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Krankheit Unfall **Gewünschte Untersuchung:** Kardiologische Sprechstunde Echokardiographie TTE Fahrrad-Ergometrie 24h- / 72h- / 7 Tage - EKG (Holter) 24h Blutdruck-Kontrolle (ABPM) Herzschrittmacher-Kontrolle Defibrillator-Kontrolle Andere: \_\_\_\_\_**Klinische Angaben / Indikation:**

Aktuelle Medikation:

**Fragestellung:****Zuweisender Arzt/Ärztin:**

Befundkopie an: