

Anmeldung zur kardiologischen Untersuchung

Patientin/Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse/Nr.	PLZ/Ort	Telefon tagsüber
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht	Krankenversicherung/Versichertennummer	Unfallversicherung/Schadensnummer
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aufbieten

innert 2 bis 3 Tagen
 innert 1 Woche
 ambulant

Anmeldung für

<input type="checkbox"/> Ruhe EKG	<input type="checkbox"/> Echokardiografie transthorakal	<input type="checkbox"/> Elektro-Konversion (nüchtern)
<input type="checkbox"/> 24h EKG (Holter)	<input type="radio"/> innert 1 Tag	<input type="checkbox"/> Carotisdrukversuch
<input type="checkbox"/> Event- Recorder (7 Tage)	<input type="checkbox"/> Echokardiographie transösophageal (nüchtern)	<input type="checkbox"/> Schrittmacherkontrolle/ICD/CRT-Kontrolle
<input type="checkbox"/> 24h Blutdruck	<input type="checkbox"/> Stress-Echokardiographie medikamentös (nüchtern)	<input type="checkbox"/> Schrittmacherimplantation
<input type="checkbox"/> Ergometrie, gewünschtes Datum		<input type="checkbox"/> ambulante kardiale Rehabilitation

Diagnose

Fragestellung

Medikamente

Zuweisender Arzt

(Ihr) Vorname/Name	PLZ/Praxisort	Telefon Praxis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hausarzt (sofern nicht mit Ihnen identisch)	Kopie und Berichte an folgende hin-Adresse:	
<input type="text"/>	<input type="text"/> @hin.ch	

Sie können das Formular nur ausdrucken oder versenden, falls Sie alle rot markierten Felder ausgefüllt haben.

Datum des Versands/Ausdrucks (wird automatisch generiert):

senden

drucken