

# Anmeldung zur kardiologischen Untersuchung

## Patientin/Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum			
Strasse/Nr.	PLZ, Wohnort	Telefon tagsüber			
Geschlecht	Krankenversicherung/Versichertennummer	Unfallversicherung/Schadensnummer			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">weiblich</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">männlich</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>			weiblich	männlich	
weiblich	männlich				

## Aufbieten

innert 2 bis 3 Tagen	innert 1 Woche	ambulant
----------------------	----------------	----------

## Anmeldung für

Ruhe EKG 24h EKG (Holter) 7 Tage Langzeit-EKG 24h Blutdruck Ergometrie	Echokardiografie transthorakal Echokardiographie transösophageal	Elektro-Konversion Carotisdruckversuch Schrittmacherkontrolle/ICD/CRT-Kontrolle Ereignisrekorderimplantation <a href="#">ambulante kardiale Rehabilitation</a> Rauchstopp Beratung
--	---	---

## Diagnose

## Fragestellung

## Medikamente

## Zuweisender Arzt

(Ihr) Vorname/Name	PLZ/Praxisort	Telefon Praxis
Hausarzt (sofern nicht mit Ihnen identisch)		Kopie und Bericht an folgende hin-Adresse @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):