

ANMELDUNG KARDIOLOGISCHE UND ANGIOLOGISCHE AMBULANZ

UNIV. KLINIK FÜR INNERE MEDIZIN III, DIR. PROF. DR. A. BAUER FAX 050/504-23264



UNVOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLTE ANMELDUNGEN KÖNNEN NICHT BEARBEITET WERDEN!

ZUWEISENDE INTERNIST:IN _____

TEL:/FAX: _____

PATIENT VOR- & NACHNAME: _____

GEBURTSDATUM: _____

ADRESSE: _____

TEL./ HANDY NR.: _____

INDIKATION ZUR UNTERSUCHUNG: _____

FRAGESTELLUNG: _____

GRUNDSÄTZLICH WIRD DER NÄCHSTE FREIE TERMIN VERGEBEN, BEI HOHER DRINGLICHKEIT BITTE UM RÜCKSPRACHE MIT ARZT / ÄRZTIN DER KARDIOLOGIE.

WUNSCHTERMIN: _____

(AUSZUFÜLLEN VOM AMBULANZ-SEKRETARIAT) TERMIN: _____

KARDIOLOGISCHE UNTERSUCHUNG

- Ergometrie (Mo, Di)
- Holter EKG (24 Stunden)
- Langzeit-EKG (3 Tage, nach RS Rhythmologie)
- 24-Stunden-Blutdruck
- Sonstiges: _____

RÜCKSPRACHE MIT ARZT / ÄRZTIN DER KARDIOLOGIE:

NAME: _____

STELLUNGNAHME: _____

AMBULANTE VORSTELLUNG

- KHK-Ambulanz
- Herzinsuffizienz / HTx Ambulanz
- Seltene Herzerkrankung (HI Mi)
- Rhythmus-Ambulanz (Mo, Do)
- SM / ILR Kontrolle (Mi, Do)
- SM / ICD Umprogr. für MR (Mi, Do)
- ICD Kontrolle (Mi)
- CRT Kontrolle (Di)
- Angiologische Ambulanz

BITTE MEDIKAMENTENLISTE, ZUWEISUNG UND WENN MÖGLICH DEN LETZEN ARZTBRIEF ZUR UNTERSUCHUNG MITGEBEN

ANGIOLOGISCHE UNTERSUCHUNG (ZUWEISUNG DURCH ALLGEMEINMEDIZINIER:IN ODER INTERNIST:IN)

<input type="checkbox"/> Sonographie Carotis	<input type="checkbox"/> Sonographie Abdomen
<input type="checkbox"/> Sonographie Leiste	<input type="checkbox"/> Sonographie Nierenarterien
<input type="checkbox"/> Sonographie A. radialis	<input type="checkbox"/> Sonographie Thorax
<input type="checkbox"/> Sonographie Beinarterien	<input type="checkbox"/> Abklärung Vasculitis / Raynaud
<input type="checkbox"/> Sonographie Beinvenen	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____

ANMELDUNGEN ZUR ECHOKARDIOGRAPHIE UND VITIEN-AMBULANZ BITTE UNTER TEL 24205 / FAX 24208