



# Zuweisung Kardiologie Waid

## Zuweisungsmodus

- Ambulant    Stationär

## Anmeldung für

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Konsilium/Konsultation | <input type="checkbox"/> Holter (24h-EKG)                         | <input type="checkbox"/> Stress-Echokardiographie |
| <input type="checkbox"/> EKG                    | <input type="checkbox"/> R-Test (Event-Recorder 5–7 Tage)         | <input type="checkbox"/> PM-Kontrolle             |
| <input type="checkbox"/> Ergometrie             | <input type="checkbox"/> 24h-Blutdruckmessung                     | <input type="checkbox"/> Elektrokonversion (EKV)  |
| <input type="checkbox"/> Echokardiographie      | <input type="checkbox"/> Transösophageale Echokardiographie (TEE) | <input type="checkbox"/> Anderes .....            |

## Patientenangaben

- Frau    Herr

Name ..... Vorname .....

Telefon ..... E-Mail .....

Strasse ..... PLZ/Ort .....

Geburtsdatum ..... Arbeitgeber .....

Kostenträger (Krankenkasse/Unfallversicherung) .....

Versicherungsnummer ..... Versicherungsstatus  Allgemein    Halbprivat    Privat

Anamnese .....

Fragestellung .....

Bemerkungen .....

## Untersuchungstermin

- Innert 48 Stunden (Anruf erforderlich)    Innert 2 bis 3 Wochen    Wunschzeitpunkt (elektiv) .....

## Kontaktangaben Zuweiserin/ Zuweiser

Name ..... Vorname .....

Praxisname ..... E-Mail\* .....

Telefon\* ..... Fax\* .....

Strasse\* ..... PLZ/Ort\* .....

Datum ..... Unterschrift .....

\*Nur bei Erstzuweisung notwendig