

## Überweisung von Patienten zur kardiologischen Abklärung

### Patientenangaben:

|                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| Name: .....       | Vorname: .....      |
| Geb. Datum: ..... | Krankenkasse: ..... |
| Strasse: .....    | PLZ/Ort: .....      |
| Telefon P: .....  | Telefon G: .....    |
| Mobile: .....     | Email: .....        |

**Dr. T. Schepis**

**Dr. D. Müller**

**Dr. K. Blöchliger**

**Arzt egal**

☐ Patient direkt aufbieten

☐ Termin bereits vereinbart am: ..... um ..... Uhr

☐ Telefonische Befundmitteilung erwünscht

☐ Bericht per Email erwünscht

☐ Kardiologisches Konsilium

☐ Verlaufskontrolle

☐ Belastungs-EKG (Fahrrad, Laufband)

☐ Echokardiographie

☐ Transösophageale Echokardiographie

☐ Stress Echokardiographie

☐ 24h EKG (Holter), auf Wunsch 2-7 Tage

☐ Langzeit-EKG (Event Recording)

☐ 24h Blutdruckmessung

☐ Schrittmacherkontrolle

☐ ICD / CRT-Kontrolle

☐ Koronar-CT (*interdisziplinär mit Radiologen*)

### Relevante Diagnosen:

### Fragestellung:

### Medikation:

Überweisender Arzt/Stempel: