

Überweisung von Patienten zur kardiologischen Abklärung

Name: Vorname:
Geb.Datum: Krankenkasse:
Strasse: PLZ/Ort:
Tel P: Tel G:
Mobile:

- Dr. U. Diggelmann
- Dr. T. Schepis
- Arzt egal
- Patient direkt aufbieten
- Termin bereits vereinbart am: um Uhr
- Telefonische Befundmitteilung erwünscht
- Bericht per Email erwünscht

Untersuchung:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kardiologisches Konsilium | <input type="checkbox"/> 24h EKG (Holter), auf Wunsch 2-7 Tage |
| <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle | <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG (Event Recording) |
| <input type="checkbox"/> Belastungs-EKG / Ergometrie | <input type="checkbox"/> 24h Blutdruckmessung |
| <input type="checkbox"/> Echokardiographie | <input type="checkbox"/> Schrittmacherkontrolle |
| <input type="checkbox"/> Transösophageale Echokardiographie | <input type="checkbox"/> ICD / CRT-Kontrolle |
| <input type="checkbox"/> Stress Echokardiographie (Dobutamin) | <input type="checkbox"/> Koronar-CT (<i>interdisziplinär mit Radiologen</i>) |

Relevante Diagnosen:

Fragestellung:

Medikation:

Überweisender Arzt / Praxis: