

## Anmeldung zur kardiologischen Spezialambulanz

ZuweiserIn: \_\_\_\_\_

Tel.Nr. für Rückfragen: \_\_\_\_\_

### PatientInnendaten:

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

SV.Nr.: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: PatientIn: \_\_\_\_\_

### Klinik (NYHA, CCS,....):

### (Verdachts-)Diagnose:

### Spezielle Fragestellung:

### Gewünschte Ambulanz:

Allgemeine kardiologische Ambulanz

Vitienambulanz

Herzinsuffizienz-Ambulanz

Ambulanz für pulmonale Hypertonie

Ambulanz für herztransplantierte PatientInnen

Ambulanz für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern

Rhythmusambulanz, primär für tachykarde

*Rhythmusstörungen (Vorstellung mit „Anfalls-EKG“,*

*12-Kanal u./od. Holter-EKG möglich)*

Schrittmacher-Indikations/Device-Therapie-

**Ambulanz, primär für bradykarde Rhythmusstörungen**

### Terminmitteilung erwünscht an:

ZuweiserIn

PatientIn

*Bitte um Mitgabe von Arztbriefen, Herzkatheter-Befunden, OP-Berichten und aktueller Medikamentenliste!*

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift + Stempel: \_\_\_\_\_