

Anmeldung zu kardiologischen Spezialambulanzen

Zuweisern: _____

Für Rückfragen: Telefonnummer/Mailadresse: _____

Sehr geehrte KollegInnen, das exakte Ausfüllen der Anmeldung optimiert die Terminplanung und damit die PatientInnenbetreuung. Daher bitten wir Sie herzlich, angeführte Punkte vollständig zu übermitteln. DANKE!

PatientInnendaten:

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ SV.Nr.: _____ Tel.Nr.: PatientIn: _____

(Verdachts-) Diagnose:

Klinik/Symptome (z.B. NYHA, CCS, EHRA):

Größe:

Gewicht:

Aktuelle Therapie:

-
-
-
-
-
-
-

Spezielle Fragestellung:

Gewünschte Ambulanz:

- ☐ Allgemeine kardiologische Ambulanz
- ☐ Rhythmusambulanz *primär für tachykarde Rhythmusstörungen* (EKG-Dokumentation verpflichtend)
- ☐ Vitienambulanz
- ☐ Herzinsuffizienz-Ambulanz
- ☐ Ambulanz für pulmonale Hypertonie
- ☐ Schrittmacher-Indikations/Device-Therapie-Ambulanz (*primär für bradykarde Rhythmusstörungen*)
- ☐ Ambulanz für herztransplantierte PatientInnen
- ☐ Ambulanz für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern

Terminmitteilung erwünscht an:

- ☐ Zuweisern
- ☐ PatientIn

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

Datum: _____

Unterschrift + Stempel: _____