

Anmeldung zu Kardiologischen Spezialambulanzen durch Ärzte/innen

Patient/in:
Pat.-Tel.-Nr.:

Geburtsdatum:
SK / AK

Indikation / Symptome:

Weitere Informationen:

Gewünschte Ambulanz bitte ankreuzen:

Allgemeine Kardiologische Ambulanz: (Erworbene Herzklappenfehler, KHK etc.)

Kardiomyopathie-/Herzinsuffizienz-Ambulanz:

Ambulanz für pulmonal-arterielle Hypertonie: („PAH Ambulanz“)

Rhythmusambulanz: primär für tachykarde Rhythmusstörungen,
Vorstellung nur mit „Anfalls-EKG“ möglich! (12-Kanal und/oder Holter-EKG)

Schrittmacher-INDIKATIONS- / Rhythmologische Device-Therapie-Ambulanz:
primär für bradykarde Rhythmusstörungen

Ambulanz für herztransplantierte Patienten: („HTX Ambulanz“)

Ambulanz für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern („EMAH-Ambulanz“)
Z.B. Fallot, Transposition d. gr. Gefäße, Z.n. Fontane-OP, usw.

Bitte um Mitgabe von Arztbriefen, Herzkatheter-Befunden, OP-Berichten und Medikamenten-Therapieplänen

Mitteilung des Termins erwünscht an:

- Patient/in
- Zuweisende/r Ärztin/Arzt (FAX, mail, Tel.)

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Interne Vermerke:

Avisierter Termin (bei bereits erfolgter telefonischer Anmeldung):.....

Angemeldet für: Kardiolog. Ambulanz CMP Ambulanz PAH Ambulanz
 Rhythmusambulanz Schrittmacher Amb. HTX Amb. EMAH Ambulanz