

Anmeldung zu Kardiologischen Spezialambulanzen
durch Ärzte/innen

Patient/in:

Geburtsdatum (verpflichtend auszufüllen):

Pat.-Tel.-Nr.:

SV-Nr. (verpflichtend auszufüllen):

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