

Anmeldung zur kardiologischen Abklärung



DR. MED. LORENZ DORSCHNER
FMH KARDIOLOGIE UND INNERE MEDIZIN

SCHAFFHAUSERSTRASSE 124
CH-8057 ZÜRICH, SCHWEIZ

TEL: (+41) 044 362 20 11
FAX: (+41) 044 361 61 97
INFO@HERZMILCHBUCK.CH
WWW.HERZMILCHBUCK.CH

PERSONALIEN

Vorname / Name:
Geburtsdatum:
Srasse:
PLZ/Ort:
Tel. Privat / Natel:
Tel. Geschäft:
Email:
Krankenkasse:

TERMIN

notfallmässig innert einiger Tage innert 1-2 Wochen gelegentlich
 bitte direkt aufbieten bereits telefonisch vereinbart

ADRESSE ZUWEISER (von Zuweiser auszufüllen)

Vorname / Name:
Srasse:
PLZ/Ort:
Tel.:
Email:

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG

- Kardiologisches Konsil
- Verlaufskontrolle
- Präoperative Abklärung
- Ruhe-EKG
- Belastungs-EKG
- Transthorakale Echokardiographie
- Transoesophageale Echokardiographie (Infoblatt: www.herzmilchbuck.ch)
- Stressechokardiographie (Infoblatt: www.herzmilchbuck.ch)
- 24-Stunden-Holter-EKG
- 7-Tage-Langzeit-EKG (Event-Recorder / R-Test)
- 24-Stunden-Blutdruckmessung
- Schrittmacherkontrolle (Medtronic, SJM, Vitatron)

KLINISCHE BEFUNDE / DIAGNOSEN

.....
.....
.....

FRAGESTELLUNG

.....
.....
.....

MEDIKAMENTE

.....
.....
.....

Datum:

Stempel Zuweiser:

BITTE WICHTIGE FRÜHERE MEDIZINISCHE BERICHTE ZUSENDEN!