

Anmeldung zur kardiologischen Untersuchung

Patientenangaben

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Telefon
Strasse/ Nr.:	PLZ/ Ort:

- Patient bitte aufbieten
 Termin bereits vereinbart am.....
 Notfallmässiger Termin

Fragestellung/ Gewünschte Abklärung

<input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> Synkopen
<input type="checkbox"/> Kardiomyopathie/ Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> kardiale Ursache TIA/ PRIND/ Hirninfarkt
<input type="checkbox"/> Verdacht/Kontrolle Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> Praeoperative Beurteilung
<input type="checkbox"/> Palpitationen, Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>

Gewünschte Untersuchungen

<input type="checkbox"/> gemäss Fragestellung	<input type="checkbox"/> 24-Stunden-Blutdruck-Messung
<input type="checkbox"/> Echokardiographie	<input type="checkbox"/> Kontrolle Schrittmacher
<input type="checkbox"/> Belastungs-Ergometrie	<input type="checkbox"/> Schrittmacher-Implantation
<input type="checkbox"/> Stress-Echokardiographie	<input type="checkbox"/> Event-Holter 7-Tage (R-Test)
<input type="checkbox"/> 24-Stunden-EKG (Holter)	

Labor vom:

Total Cholesterin (mmol/l)		Natrium (mmol/l)		TSH (mU/l)	
HDL-Cholesterin (mmol/l)		Kalium (mmol/l)		Hämoglobin (g/l)	
LDL-Cholesterin (mmol/l)		Glucose (mmol/l)		Kreatinin (umol/l)	
Triglyceride (mmol/l)		BNP ng/ml		LDH (U/l) bei künstl. Klappen	

Diagnose/Befunde

(bitte relevante Unterlagen/ Rx beilegen)

Medikation

Bemerkungen

Zuweisender Arzt