



Dr. med. Urs N. Dürst

Facharzt FMH für Kardiologie und Innere Medizin

## ANMELDUNG ZUR KARDIOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG

### Angaben zur Person

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_

Telefon Geschäft \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Termin: Datum / Zeit \_\_\_\_\_

### Gewünschte Untersuchung

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Farbdopplerechokardiographie | <input type="checkbox"/> Transoesophageale Farbdopplerechokardiographie |
| <input type="checkbox"/> Ergometrie                   | <input type="checkbox"/> 24 Stunden Blutdruck-Profil                    |
| <input type="checkbox"/> Holter (24 h) EKG            | <input type="checkbox"/> Präoperative Abklärung                         |
| <input type="checkbox"/> Event-Recorder               | <input type="checkbox"/> Kardiologisches Konsilium                      |

### Klinischer Befund oder Diagnose

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Fragestellung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Bitte die / den Patientin / en direkt zur Untersuchung aufbieten
- Bitte senden Sie Anmeldeformulare

Datum \_\_\_\_\_

Arzt (Unterschrift / Stempel) \_\_\_\_\_