

Anmeldung bei:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ohne Präferenz | <input type="checkbox"/> Dr. med. H. Hammer |
| <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. F.W. Amann | <input type="checkbox"/> Dr. med. Anna Lam |
| <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. Ch. Attenhofer Jost | <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. Ch. Schmied |
| <input type="checkbox"/> Dr. med. S. Caselli | <input type="checkbox"/> Dr. med. Keiko Yonekawa |

Für folgende Untersuchung:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> EKG | <input type="checkbox"/> Ergometrie |
| <input type="checkbox"/> Kardiologisches Konsilium | <input type="checkbox"/> Holter EKG <input type="checkbox"/> 24h <input type="checkbox"/> 48h <input type="checkbox"/> 72h <input type="checkbox"/> 7 Tage |
| <input type="checkbox"/> Transthorakale Echokardiographie | <input type="checkbox"/> 24h Blutdruckmessung |
| <input type="checkbox"/> Transösophageale Echokardiographie | <input type="checkbox"/> Herz-MRI |
| <input type="checkbox"/> Laufband Stress-Echokardiographie | <input type="checkbox"/> Schrittmacher-/ICD-Kontrolle |
| <input type="checkbox"/> Dobutamin Stress-Echokardiographie | <input type="checkbox"/> _____ |

Termin: vereinbart am: _____ bitte aufbieten _____**Patienten-Angaben:**

Name: _____ Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Adresse: _____ PLZ/Ort: _____

Tel. _____ Mobile: _____

Email: _____

Krankenkasse: _____ Mitglied-Nr. _____

Klinische Angaben:**Fragestellung:**Datum/Stempel/Unterschrift: