



## ANMELDEFORMULAR KARDIOLOGIE

**Fax: 044 416 34 49 oder**

**E-Mail: [kardiologie@stadtpital.ch](mailto:kardiologie@stadtpital.ch)**

### Patient

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Adresse:	PLZ, Ort:
Tel. P:	Tel. G:
Versicherung:	

### Klinische Angaben

### Fragestellung

### Medikamente

### Gewünschte Untersuchung

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ruhe-EKG                          | <input type="checkbox"/> R-Test                       |
| <input type="checkbox"/> Fahrradergometrie                 | <input type="checkbox"/> Kipptisch-Untersuchung       |
| <input type="checkbox"/> Spiroergometrie                   | <input type="checkbox"/> MIBI-Szintigrafie            |
| <input type="checkbox"/> Transthorakale Echokardiografie   | <input type="checkbox"/> Ruhe-Herz-MRI                |
| <input type="checkbox"/> Transösophageale Echokardiografie | <input type="checkbox"/> Stress-Herz-MRI              |
| <input type="checkbox"/> Stressechokardiografie            | <input type="checkbox"/> Reveal-Implantation          |
| <input type="checkbox"/> 24-h-Blutdruck                    | <input type="checkbox"/> Schrittmacher-/ICD-Kontrolle |
| <input type="checkbox"/> 24-h-EKG                          |   |

### Bemerkungen

**Zuweisende/r Ärztin/Arzt** (Stempel)

**Datum:**

**Unterschrift:**