

PATIENTIN / PATIENT

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

PLZ, Ort

Krankenkasse

AUFGEBOT

☐ Bitte Patientin/Patienten direkt aufbieten

☐ Frühestmöglicher Termin, unabhängig von Ärztin/Arzt

☐ Termin bereits vereinbart am _____

☐ Dr. med. Ruedi Frank

☐ Dr. med. Caroline Johner

☐ Dr. med. David Cerny

☐ Dr. med. Lea Noti

☐ Dr. med. Raffaella Mordasini

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG

☐ Kardiologisches Konsilium

Zusätzliche apparative Untersuchungen erfolgen entsprechend der Indikation; eventuell sind zwei Konsultationen notwendig.

☐ Echokardiographie

☐ Stressechokardiographie

☐ Ruhe-EKG

☐ 24-Std-Blutdruckmessung

☐ Ergometrie (Belastungs-EKG)

☐ Schrittmacher-Kontrolle

☐ Langzeit-EKG

☐ Pulsoxymetrie

FRAGESTELLUNG

Für die Überlassung von Vorbefunden (Labor, EKG) und Berichten sind wir dankbar.

AKTUELLE THERAPIE

BEILAGEN

☐ Ruhe-EKG

☐ Labor

☐ Externe Untersuchungen

ZUWEISENDE ÄRZTIN / ZUWEISENDER ARZT

Datum

Stempel und Unterschrift