

Anmeldeformular

Name		Vorname	
Adresse, PLZ/Ort			
Telefon		EMail	
Geburtsdatum		Versicherung	

Gewünschter Termin

Dringend - bitte innert 24 Std.
Innert 2-5 Tagen

7 \$ 6
/ \$ &

Klinische Angaben- Fragestellung

Kardiovaskuläres Risikoprofil
Koronare Herkrankheit
Herzinsuffizienz
Valvuläre Herzerkrankung /Herzgeräusch

Schrittmacher
Palpitationen/Herzrhythmusstörungen
Synkope

Gewünschte Untersuchungen

Konsilium/kardiologische Beurteilung
Präoperative Abklärung
Lipidsprechstunde
Risikostratifizierung / Check-up

Hypertonieabklärung und/oder Einstellung
Langzeit-EKG
24h Blutdruckmessung

9 : ;

Unterschrift

Stempel