

| | |
|------------|-------|
| Name: | |
| Vorname: | |
| Geb.Datum: | |
| Strasse: | |
| PLZ / Ort: | |
| Telefon: | |

amb. stat. Zi.Nr.

Gewünschtes Datum:

Grösse

Gewicht

Anmeldung für

- Ruhe EKG
- 24h EKG (Holter)
- Event- Recorder (7 Tage)
- 24h Blutdruck
- Ergometrie, gewünschtes Datum:
- Echokardiografie transthorakal innert 1 Tag
 - innert 2-3 Tagen
 - innert 1 Woche
 - ambulant anbieten
- Echokardiographie transoesophageal (nüchtern)
- Elektro-Konversion
- Carotisdrukversuch
- Schrittmacherkontrolle
- Ambulante kardiale Rehabilitation

Diagnose:

.....

.....

.....

Fragestellung:

.....

Medikamente:

.....

Ärztin / Arzt: Datum der Anmeldung.....