



St. Anna-Strasse 32
6006 Luzern

Telefon 041 410 90 90
r.netzer@hin.ch
www.herz-praxis.ch

Anmeldung zur konsiliarischen Beurteilung / Behandlung

Vor-/Name _____	Geburtsdatum _____	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w
Strasse _____	PLZ / Ort _____		
Telefon P: _____ G: _____	Krankenkasse _____		

Bei oben genanntem/-r Patienten/-in wünsche ich folgende kardiologische Abklärung(en) / Therapie(n):

<input type="checkbox"/> Abklärung/Beurteilung gem. Fragestellung	<input type="checkbox"/> 24-Stunden-Blutdruck-Messung
<input type="checkbox"/> Transthorakale Echokardiographie (TTE)	<input type="checkbox"/> Elektrokonversion
<input type="checkbox"/> Transösophageale Echokardiographie (TEE)	<input type="checkbox"/> Kontrolle Herzschrittmacher
<input type="checkbox"/> Ergometrie	<input type="checkbox"/> Koronarangiographie
<input type="checkbox"/> Stress-Echokardiographie	+ ev. Ballondilatation / Stent-Implantation
<input type="checkbox"/> Myokard-Szintigraphie	<input type="checkbox"/> Rechtsherzkatheter-Untersuchung
<input type="checkbox"/> 24-Stunden-EKG (Holter)	<input type="checkbox"/> Schrittmacher-Implantation
<input type="checkbox"/> Event-Holter 7 Tage (R-Test)	<input type="checkbox"/> Präoperative Beurteilung

Diagnose/Befunde:

(Bitte relevante
Unterlagen beilegen)

Fragestellung:

Medikation:

Bemerkungen:

Termin bereits vereinbart:

nein
 ja, für den _____

Datum / Unterschrift _____
Stempel