

# Anmeldung zur Kardiologischen Sprechstunde

Patient

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geb.- Datum: \_\_\_\_\_

Telefon- Nr.: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_



Fax: 0331 – 95 13 05 54

Indikation

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dringlichkeit

ja  nein

Wunschtermin (Zeitraum/ Tageszeit): \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen

Myokardinfarkt  Diabetes mellitus  Nieren-Insuffizienz

Art. Hypertonie  Fettstoffwechselstrg.  Adipositas

Apoplex  Herzrhythmusstörung

Herzschrittmacher  ICD Hersteller: \_\_\_\_\_

Z.n. EPU/ Ablation \_\_\_\_\_  
Klinik Datum

Z.n. PTCA/ PCI \_\_\_\_\_  
Klinik Datum

Z.n. Bypass \_\_\_\_\_  
Klinik Datum

Z.n. Klappen- OP \_\_\_\_\_  
Klinik Datum

Praxis/ Klinik

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift Datum Fax- Nummer