

Zuweisung Kardiologie**Name/Vorname****Geburtsdatum:****Adresse:****Telefonnummer/E-Mail:**

Bitte aufbieten

Patient meldet sich zur Terminvereinbarung

Termin bereits vereinbart

Elektiv

Dringlich

Notfall → bitte um telefonische Kontaktaufnahme

Gewünschte Untersuchung**Kardiologische Beurteilung**

(inklusive indizierte apparative/invasive Untersuchungen und Behandlungen)

Echokardiografie – transthorakal

Echokardiografie – transösophageal

Ergometrie

Stress- Echokardiografie (medikamentös – exercise)

Externe bildgebende Verfahren (MRI, CT)

24 Stunden-Blutdruck

Koronarangiografie

Kathetergestützter Aortenklappenverschluss (TAVI)

Vorhofohr/PFO Verschluss

Rhythmologische Beurteilung

(inklusive indizierte apparative/invasive Untersuchungen und Behandlungen)

Langzeit-EKG

Schrittmacherimplantation

Schrittmacher/ICD Kontrolle

Elektrokonversion

Elektrophysiologische Untersuchung (EPU)/Ablation

Sportkardiologische Beurteilung**Klinische Angaben – aktuelle Therapie – Fragestellung**

Datum

Stempel / Unterschrift

Beilagen: Labor, EKG, Berichte etc.