HERZSCHLAG VOGELSBERG

Nur für ärztliche Kolleginnen und Kollegen

Zuweisungsformular

● **Routine** ● **Dringlich** ● **Herzkatheter**

Bei sehr dringlichen Fällen bitten wir um telefonische Rücksprache mit Herrn Plücker.

1. Patientendaten

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

Adresse _____

E-Mail _____

Versicherung ☐ GKV ☐ PKV ☐ Selbstzahler

2. Überweisende Praxis

Praxis _____

Ansprechpartner/in _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

3. Fragestellung

☐ Brustschmerz ☐ Belastungsdyspnoe ☐ Rhythmusstörung

☐ Herzinsuffizienz ☐ KHK-Verdacht ☐ Sonstiges: _____

_____

Bitte geben Sie dem Patienten einen aktuellen Medikamentenplan, relevante Laborwerte sowie vorhandene Vorbefunde mit.