

Allgemeine kardiologische Zuweisung

Patient:in

Name
Vorname
Strasse
PLZ / Ort
Geb.datum Geschlecht
AHV-Nr.
Telefon
Mail

Empfänger

GLN ZSR
Mail

Kostenträger

Adresse

GLN

Gesetz/Fall

Beh. grund
Gesetz
Vers.-Nr.
Fall.-Nr./-Dat.

Untersuchungstermin dringend Patient:in meldet sich Termin vereinbaren ab
 Termin vereinbart am ::

Gewünschte Untersuchung

- EKG 24h-EKG Anderes (bitte angeben)
 72h-EKG ECG à long terme / Holter ECG
 24h BD-Messung
 Belastungsergometrie Echokardiographie
 Stressechokardiographie Herzschrittmacherkontrolle

Indikation / Fragestellung

Bei Platzproblemen können Sie das Zusatzfeld auf der Folgeseite verwenden

Zuweiser:in

Zuweiser:in = Hausärzt:in

Mail
GLN ZSR
Tel.

Hausärzt:in

Bitte Befundkopie an Hausärzt:in

Mail
GLN ZSR
Tel.

Datum

Elektronische Übermittlung

Bemerkungen

Empty text area for notes.