

## ANMELDEFORMULAR

### PATIENTENINFO / -ETIKETT

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### ZUWEISUNGSGRUND

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Checkup                   | <input type="checkbox"/> Synkope / Präsynkope | <input type="checkbox"/> Präoperative Abklärung |
| <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle         | <input type="checkbox"/> Palpitationen        | <input type="checkbox"/> Familiäres Screening   |
| <input type="checkbox"/> Dyspnoe / Leistungsabfall | <input type="checkbox"/> Abnormales EKG       | <input type="checkbox"/> Herzgeräusch           |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris           | <input type="checkbox"/> Anderer Grund: _____ |   |

### LEISTUNGEN

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Konsilium   | <input type="checkbox"/> Stressechokardiographie   |
| <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle   | <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 Tage) |
| <input type="checkbox"/> EKG   | <input type="checkbox"/> Event-Rekorder EKG  |
| <input type="checkbox"/> Fahrradergometrie   | <input type="checkbox"/> 24-Stunden Blutdruckmessung   |
| <input type="checkbox"/> Laufbandergometrie  | <input type="checkbox"/> Kipptischuntersuchung   |
| <input type="checkbox"/> Echokardiographie   | <input type="checkbox"/> Genetische Abklärung  |
| <input type="checkbox"/> Schrittmacher- / ICD-Kontrolle ( <input type="checkbox"/> Biotronic <input type="checkbox"/> Medtronic <input type="checkbox"/> St. Jude <input type="checkbox"/> Boston Scientific <input type="checkbox"/> Sorin) |  |

### MEDIKAMENTE

### ZUWEISER / PRAXISSTEMPEL

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### ANMELDUNG & VORBEFUNDE AN:

**Kardio Glattal**  
**Adlerstrasse 1**  
**8600 Dübendorf**

**F 043 343 55 56**

**kardioglattal@hin.ch**