

Praxis für Kardiologie
Dr. med. Peter Kurz
Hädelistrasse 9
8712 Stäfa
Tel: 044 927 11 10
Email: kardio.staefa@hin.ch



Überweisung von Patienten zur kardiologischen Abklärung

Überweisungsschreiben bitte per Mail zusenden

Patientenangaben:

Name: Vorname:

Geb. Datum: Krankenkasse:

Strasse: PLZ/Ort:

Telefon/Mobile: E-Mail:

Direkt aufbieten

Telefonische Rücksprache erwünscht

Termin bereits vereinbart am: um: Uhr

Berichte werden Ihnen per Mail zugestellt.

Symptome

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck (erhöhte Blutdruckwerte) | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle / Synkope |
| <input type="checkbox"/> Brustschmerzen / Thoraxschmerzen | <input type="checkbox"/> Leistungsminderung |
| <input type="checkbox"/> Atemnot bei Belastung | <input type="checkbox"/> Wassereinlagerungen / Ödeme |
| <input type="checkbox"/> Luftnot in Ruhe | <input type="checkbox"/> Synkope / Präsynkope |
| <input type="checkbox"/> Herzrasen / Palpitationen | <input type="checkbox"/> Schmerzen im linken Arm / Kiefer |
| <input type="checkbox"/> Unregelmässiger Herzschlag | <input type="checkbox"/> AV-Block / Schenkelblock |
| <input type="checkbox"/> Präoperative kardiologische Abklärung | <input type="checkbox"/> Herzgeräusch |
| <input type="checkbox"/> Schwindel / Benommenheit | <input type="checkbox"/> Abklärung Sporttauglichkeit |
| <input type="checkbox"/> Vorbereitung auf Operation (präoperative Abklärung) | <input type="checkbox"/> Andere: |

Relevante Diagnosen:

Fragestellung:

Medikation:

Ort und Datum: Zuweisender Arzt: