

## 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 anbieten ☐ 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"/> Herzasen / 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: .....