

Name	Vorname
Geb. Datum	E-Mail
Strasse	PLZ/Ort
Tel. Privat	Mobile

Kardiologische Untersuchungen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kardiologisches Konsilium | <input type="checkbox"/> Transthorakale Echokardiographie |
| <input type="checkbox"/> Ruhe-Elektrokardiogramm (EKG) | <input type="checkbox"/> 24h-Blutdruckmessung |
| <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG / Event-Recorder | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher-Kontrolle |
| <input type="checkbox"/> Fahrradergometrie (Belastungs-EKG) | <input type="checkbox"/> Stress-Echokardiographie |

Ultraschall-Diagnostik

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Schilddrüse inkl. Feinnadelpunktion |
| <input type="checkbox"/> hirnversorgende Arterien (Karotiden) | <input type="checkbox"/> Schulter inkl. US-gesteuerte Infiltration |
| <input type="checkbox"/> periphere Arterien (PAVK?) | <input type="checkbox"/> andere Gelenke / Weichteile |
| <input type="checkbox"/> periphere Venen (Trombose?) | <input type="checkbox"/> Leisten (Leistenhernie?) |

Termin

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> notfallmässig | <input type="checkbox"/> bereits telefonisch vereinbart |
| <input type="checkbox"/> innert 2 – 4 Tagen | auf den _____ |
| <input type="checkbox"/> innert 1 – 2 Wochen | <input type="checkbox"/> bitte Patienten direkt aufbieten |

Bericht

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> E-Mail | <input type="checkbox"/> Fax |
| <input type="checkbox"/> Brief | <input type="checkbox"/> Telefonische Rückmeldung |

Fragestellung

Aktuelle Medikation

Zuweiser
