

## Zuweisung an die Kardiologie Ambulanz

Patient/in

Geb. Datum:

Zuweiser:

Tel. Nr.:

(für evtl. Rückfragen)

Allgemeinambulanz

Schrittmacherambulanz

Rhythmus / ICD - Amb.

CMP-Ambulanz

HCM-Ambulanz

Vitienambulanz

Anamnese:

aktuelle Medikation:

Vorbefunde:

(evtl. in Kopie beilegen)

Spezielle Fragestellung:

Dringlichkeit:

hoch (< 14Tage)

mittel (< 2Monate)

normal

Termin: \_\_\_\_\_

vergeben von: \_\_\_\_\_

Kommentar: