

Zuweisung an die Kardiologie Ambulanz

Patient/in:

Geb. Datum:

Zuweiser/in:

Fax. Nr.:

(für Termin Rücksendungen!)

Tel. Nr.:

(für evtl. Rückfragen!)

Rhythmus / ICD - Amb.

Schrittmacherambulanz

Vitienambulanz

CMP-Ambulanz

HCM-Ambulanz

Hochrisikoambulanz

interventionelle Hypertonieamb.

*Bitte zutreffendes ankreuzen!

Anamnese:

aktuelle Medikation:

Vorbefunde:

(evtl. in Kopie beilegen)

Spezielle Fragestellung:

Dringlichkeit:

hoch (< 14Tage)

mittel (< 2Monate)

normal

*Bitte zutreffendes ankreuzen!

Termin: am _____, um _____ Uhr

vergeben von: _____

Kommentar:

Antworten bitte per FAX an +43 (316) 385 13208

Für Rückfragen Tel.: +43 (316) 385 83734, Montag bis Freitag von 13:00 – 15:00 Uhr

Weitere Informationen zur Zuweisungen entnehmen Sie bitte unserer Homepage.