



Anmeldeformular Herzpraxis Koeniz

Landorfstrasse 12, 3098 Koeniz
031 971 53 87, herzpraxis-koeniz@hin.ch
www.herzpraxis-koeniz.ch

Name, Vorname

Adresse, PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

Versicherung

Dringlichkeit:

- ☐ 1-2 Tage ☐ innerh. 1 Woche ☐ Elektiv (2-4 Wochen)

Klinische Angaben / Fragestellung

- | | |
|--|--|
| ☐ Kardiovaskuläres Risikoprofil | ☐ Schrittmacher |
| ☐ Koronare Herkrankheit | ☐ Palpitationen/Herzrhythmusstörungen |
| ☐ Herzinsuffizienz | ☐ Synkope |
| ☐ Valvuläre Herzerkrankung / Herzgeräusch | |

Gewünschte Untersuchungen

- | | |
|---|---|
| ☐ Konsilium/kardiologische Beurteilung | ☐ Hypertonieabklärung und/oder Einstellung |
| ☐ Präoperative Abklärung | ☐ Langzeit-EKG mit den Optionen |
| ☐ Sportmedizinische Abklärung/Beratung | ☐ 24h |
| ☐ Lipidsprechstunde | ☐ 3 Tage |
| ☐ Risikostratifizierung / Check-up | ☐ 7 Tage |
| | ☐ 24h Blutdruckmessung |

Befund / Rückmeldung:

- ☐ sofort telefonisch ☐ schriftlich per Post ☐ als PDF per Mail

Aktuelle Laborresultate / Vorberichte liegen vor

- ☐ Nein ☐ Ja, anbei

Bemerkungen

Unterschrift

Stempel