

Zuweisung zur Vitienambulanz

Name der Zuweiserin/des Zuweisers: _____

PatientInnendaten:

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ SV-Nr.: _____

Tel. PatientIn: _____

Folgende Termine kommen für die Patientin/den Patienten nicht in Frage: _____

Zuweisungsmodus:

Erstzuweisung Verlaufskontrolle (bitte externe Vorbefunde mitgeben)

Klinik:

Herzinsuffizienz AP sonst. _____
 NYHA/CCCSC

Klappenerkrankung:

Aortenstenose
 Aorteninsuffizienz
 Mitralstenose
 Mitralinsuffizienz
 Trikuspidalinsuffizienz
 sonst. _____

Kongenitales Vitium

ASD
 sonst. _____

Echobefund: _____

EKG: _____

Therapie: _____

Relevante Begleiterkrankungen: _____

Bitte vollständig ausfüllen und relevante Befunde beilegen!

Bitte beachten Sie, dass die Übertragung von PatientInnendaten nur nach Einwilligung erfolgen darf.

ANTWORTFAX:

Kat.: _____ Termin am: _____ um: _____