

Zuweisung zur Herzinsuffizienzambulanz

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:

- Dyspnoe Ödeme sonst. _____
 NYHA

(Verdachts-) Diagnose:

- dil. CMP isch. CMP
 diast. HI (HFpEF) restr. CMP
 hypertrophe. CMP sonst. _____

EKG: _____

Echobefund: _____

Therapie: _____

CRT/ICD _____

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: _____