

## Anmeldung zur kardiologischen Untersuchung

### Patienten-Information

Name/Vorname

---

Strasse/Nr.

Telefon

---

PLZ/Ort

Geburtsdatum

---

Patient aufbieten

Termin vereinbart am

Notfallmässig

### Fragestellung/Gewünschte Abklärung

Koronare Herzkrankheiten

Synkopen

Kardiomyopathie/Herzinsuffizienz

Kardiale Ursache

Verdacht/Kontrolle

Präoperative Beurteilung

TIA/PRIND/Hirnfarkt

Herzklappenfehler

Palpitationen/Rhythmusstörungen

### Gewünschte Untersuchungen

Gemäss Fragestellung

24-Stunden-Blutdruckmessung

Echokardiographie

Kontrolle Schrittmacher

Belastungs-Egometrie

Schrittmacher-Implantation

Stress-Echokardiographie

Event-Holter 7-Tage (R-Test)

24-Stunden-EKG (Holter)

### Laborwerte

Werte vom

---

Total Cholesterin (mmol/l)

Triglyceride (mmol/l)

TSH (mU/l)

---

HDL-Cholesterin (mmol/l)

Glucose (mmol/l)

Hämoglobin (g/l)

---

LDL-Cholesterin (mmol/l)

BNP (ng/ml)

Kreatinin (umol/l)

---

### Diagnose/Fragestellung

### Weitere Informationen

Medikation

---

Ort/Datum

Zuweisender Arzt

---