



Anmeldeformular der Klinik für Kardiologie Per Fax an 05331-934-4102

Stand:
01/2020

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- Schrittmacher/ICD/CRT-Messung (ambulant- nur nach Überweisung durch Facharzt/Kardiologen möglich)
- Multidayrecorder (externer Eventrecorder, ambulant)
- implantierbarer Event-Recorder
- Schrittmacher/ICD/CRT-Aggregatwechsel
- Schrittmacher/ICD/CRT-Implantation
- Transösophageale Echokardiografie (ambulant)
- Termin Herzkatheter diagnostisch
- Termin Herzkatheter-geplante Intervention (PCI)
- Termin Herzkatheter- Rekanalisation (CTO)

Stichwortartige Schilderung:

Terminwunsch:

Patientendaten:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____ Telefonnummer: _____
Krankenkasse: _____
Zusatzversicherung: Ja Nein Welche: _____

- Befunde werden gefaxt
 - Befunde werden dem Patienten mitgegeben
- Bemerkung:

Praxisstempel

Kontaktdaten

Fax: (05331) **934-4102**
Telefon: (05331) 934-3131

Funktionsdienst Kardiologie
Städtisches Klinikum Wolfenbüttel gGmbH
Alter Weg 80 38302 Wolfenbüttel

vom Klinikum auszufüllen

Datum des Fax/Anruf: _____ Hz: _____

Formular erhalten am: _____ Hz: _____

Termin: _____ Hz: _____

Mitteilung des Termins am: _____ Hz: _____

vom Klinikum auszufüllen

Terminabsage am: _____ Begründung: _____ HZ: _____