Anmeldeformular Kardiologie Wil

Telefon:	071 914 63 00	**Fax:**	071 914 63 21

Patient/in:	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Strasse, Nr:	PLZ, Ort:
Telefon / Natel:	Telefon G:
Garant:	☐ allgemein ☐ halbprivat ☐ privat
☐ Krankheit ☐ Unfall Unfalldatum:	Tessiner Code:

Gewünschte Untersuchung:	
☐ Kardiologische Sprechstunde ☐ Transthorakale Echokardiographie (TTE) ☐ Transösophageale Echokardiographie (TEE) ☐ Stressechokardiographie ☐ Ergometrie ☐ Spiroergometrie	☐ Holter-EKG ☐ 24h-Blutdruckmessung ☐ Schrittmacher- / ICD-Kontrolle ☐ Elektrische Kardioversion ☐
Dringlichkeit: ☐ < 48h ☐ Innert 3-5 Tage ☐ Innert Wochenfrist ☐	**Diverses:** ☐ Termin vereinbart auf: ☐ Aufgebot durch Spital ☐ Dolmetscher notwendig

Indikation / Fragestellung:

Anamnese / Befunde:

Grösse: cm / Gewicht: kg

Kardiovaskuläre Risikofaktoren:

Weitere Diagnosen:

Medikamente:

Allergien:

Frühere Hospitalisationen:

Bemerkungen:

Datum: **Zuweisender Arzt:** **Hausarzt:**

(Stempel und Unterschrift)

Dr. med. Daniel Nobel, Leitender Arzt Medizin, Leiter Kardiologie
Ambulatorium Kardiologie: Telefon 071 914 63 00, Fax 071 914 63 21, kardiologie.wil@srft.ch