

## Anmeldung zur kardiologischen Abklärung

**Vorname, Nachname**

---

**Geb. Datum**

---

**Straße**

---

**PLZ und Ort**

---

**Tel. Nummer**

---

**Fragestellung**

---

**Aktuelle Medikation**

---

**Zuweiser**

---

**Abklärung**

---

Herzgeräusch  
KHK  
Herzinsuffizienz  
Anstrengungsdyspnoe  
Palpitationen  
Synkope  
Stroke  
Kardiologische Verlaufskontrolle  
Präoperative Abklärung  
Kardiale Standortbestimmung

- oder -

**Gewünschte Untersuchung:**

---

Echokardiographie  
Ergometrie  
Holter-EKG: 24h 7d \_\_\_d  
24h-Blutdruckmessung  
Schrittmacher/ ICD/ CRT-D Kontrolle  
Stressechokardiographie  
Dynamisch/ Medikamentös  
Transösophageale Echokardiographie

**Termin**

---

nach telefonischer Vereinbarung  
\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ (tt/mm/jjjj)  
bitte Patient aufbieten

**Holter beim Hausarzt**

Neue Bestellung auf  
[www.kardio-zuerich.ch](http://www.kardio-zuerich.ch) anfordern

Bitte Dokumentationen von früheren Untersuchungen/Hospitalisationen beilegen