



## Anmeldung

---

- Kardiologisches Konsilium  
 Echokardiographie  
 24 Std. EKG                       24 Std. BD  
 Ergometrie  
 \_\_\_\_\_

Patient:

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb. Datum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ allgemein / halbprivat / privat

Klinische Diagnose: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fragestellung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Zuweisender Arzt: \_\_\_\_\_  
Direkte Telefonnummer/Sucher: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_                      Unterschrift: \_\_\_\_\_