Anmeldeformular Kardiologie Wil

Telefon: 071 914 62 75	**Mail:** kardiologie.wil@srft.ch

Patient/in:	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Telefon / Natel:
Strasse, Nr:	PLZ, Ort:

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

Indikation / Fragestellung:

Anamnese / Befunde:

Weitere Diagnosen:

Bemerkungen:

*Wir sind Ihnen dankbar, wenn Sie uns eine **aktuelle Medikamentenliste, wichtige Berichte / Vorbefunde** und das letzte **Labor** mitsenden.*

Datum: **Zuweisender Arzt:**

Anmeldung Wil