

# Anmeldeformular für Ärzte



\*Pflichtfelder. Diese Informationen müssen verfügbar sein, um Ihre Angaben verarbeiten zu können.

Alpenstrasse 1  
CH-6004 Luzern  
T +41 41 412 00 14  
F +41 41 412 00 15  
kardiologie-aufdermaur@hin.ch  
www.kardiologie-aufdermaur.ch

## Patientenangaben

Name*	Geburtsdatum*
Vorname*	Telefon*
Adresse*	
PLZ/Wohnort*	
Krankenversicherung*	
Gewünschter Termin*	<input type="checkbox"/> Dringend - innert 48 Stunden <input type="checkbox"/> Innert 2 - 7 Tagen <input type="checkbox"/> Reguläre Kontrolle

## Zuweisender Arzt

Name*	
Vorname*	
E-Mail Zuweiser*	
Zustellung Bericht*	<input type="checkbox"/> per E-Mail <input type="checkbox"/> per Post

## Medizinische Angaben

Klinik

.....

.....

## Fragestellung

.....

.....

## Medikamente

.....

.....

Cholesterin	LDL-Cholesterin (mmol/L)	.....
	HDL-Cholesterin (mmol/L)	.....
	Triglyzeride (mmol/L)	.....

# Anmeldeformular für Ärzte

(Fortsetzung)

Alpenstrasse 1  
CH-6004 Luzern  
T +41 41 412 00 14  
F +41 41 412 00 15  
kardiologie-aufdermaur@hin.ch  
www.kardiologie-aufdermaur.ch

## Abklärung

- Herzgeräusch
- Koronare Herzkrankheit
- Anstrengungsdyspnoe
- Herzinsuffizienz
- Palpitationen
- Synkope
- Kardiologische Verlaufskontrolle
- Präoperative Abklärung
- Kardiale Standortbestimmung

---

## Gewünschte Untersuchungen

- Klinische Beurteilung / Konsilium
- Belastungs-EKG (Ergometrie)
- Transthorakale Echokardiographie (TTE)
- Transösophageale Echokardiographie (TEE)
- Transösophageale Echokardiographie (TEE) mit 3D-Darstellung
- Dobutamin Stressechokardiographie (Betablocker 2 Tage vorher pausieren)
- Carotis-Duplexsonographie
- 24-Stunden EKG
- 7-Tage EKG
- 24-Stunden Blutdruckmessung
- Schrittmacherkontrolle
- ICD-Kontrolle
- Koronar CT
- Herz MRI
- Herzsintigraphie
- Koronarangiographie

---

Zusendung des Formulars mit Beilagen per E-Mail oder Fax

**Mail:** kardiologie-aufdermaur@hin.ch  
**Fax:** 041 412 00 15