

**Anmeldung zur
vorgezogenen, dringlichen kardiologischen Untersuchung
im MVZ Porzer Herz- und Gefäßzentrum**

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Stempel Arztpraxis
Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">geb. an</div>	
Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status	
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	

Telefonnummer Patient:

Beschwerden:

- ☐ Thoraxschmerzen.....
- ☐ Luftnot.....
- ☐ Rhythmusstörungen.....
- ☐

Dauer: ☐ neu ☐ seit 1-2 Tagen ☐ seit einer Woche

Vorbefunde (EKG und Notfalllabor sind obligat) liegen bei!!

Risikofaktoren: ☐ Nikotin ☐ Hypertonus ☐ Diabetes ☐ Hypercholesterinämie

Vordiagnosen: _____

Medikation: _____

Fragestellung: _____

Termin ☐ innerhalb von 2-4 Wochen
 ☐ innerhalb von 4-8 Wochen

Hinweis: Nur mit vollständig ausgefülltem Anmeldeformular ist eine bevorzugte Terminierung möglich!

Ort, Datum

Unterschrift überweisender Arzt