

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

| | | |
|--------------------------------|--------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | Stempel Arztpraxis | |
| Name, Vorname des Versicherten | geb. an | |
| 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