

Anmeldung zur kardiologischen Abklärung

Patientendaten

Vorname: _____ Nachname: _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: w m d
Strasse / Hausnummer: _____
PLZ / Ort: _____
Telefon: _____

Zuweisung

Bitte falls möglich, Dokumentation von früheren Untersuchungen/Hospitalisationen beilegen.

Fragestellung:

(auswählbar)

Individuelle Fragestellung:

Aktuelle Medikation:

Terminwunsch

Dringlichkeit: Normaltermin
 Dringend (innert 2-4 Tagen)
 Notfallmässig (Bitte um telefonische Kontaktaufnahme)

Auftraggeber

Praxis: _____ Ärztin/Arzt: _____
PLZ / Ort: _____ Telefon: _____
E-Mail: _____

Herzzentrum Reinach

Dr. med. René Vollenbroich, MPP, Facharzt für Kardiologie FMH
Hauptstrasse 69, 5734 Reinach, AG | Tel.: +41 (0)62 772 33 66
E-Mail: herzzentrum-reinach@hin.ch | www.herzzentrum-reinach.ch
ZSR: G740419 | GLN: 7601003394610