

Anmeldung zur Kardiologischen Sprechstunde


Patient

Geb.- Datum: _____

Telefon- Nr.: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____



KARDIOLOGISCHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS
AM PARK SANSSOUCI

Fachärzte für Innere Medizin/Kardiologie

Dr. med. Philipp Boyé

Dr. med. Regina Gaub

Dr. med. Gerhard Janßen

Dr. med. Beate Wild

Fax: 0331 – 95 13 05 54

Indikation

Dringlichkeit

ja nein

Wunschtermin (Zeitraum/ Tageszeit): _____

Vorerkrankungen

Myokardinfarkt Diabetes mellitus Nieren-Insuffizienz

Art. Hypertonie Fettstoffwechselstrg. Adipositas

Apoplex Herzrhythmusstörung

Herzschrittmacher ICD Hersteller: _____

Z.n. EPU/ Ablation _____

Klinik Datum

Z.n. PTCA/ PCI _____

Klinik Datum

Z.n. Bypass _____

Klinik Datum

Z.n. Klappen- OP _____

Klinik Datum

Praxis/ Klinik

Unterschrift Datum Fax- Nummer