An die
Kardiologisch-Angiologische
Gemeinschaftspraxis
Drs. Lude / Maihöfer / Keim / Jauernig

FAX 07121 / 20 38 323

Absender/Stempel

Name **Vorname** **Geburtsdatum** **Telefon / Mobil**

Terminvergabe an: ☐ **Patient** ☐ **Praxis**

Gewünschte Untersuchung

- ☐ Kardiologische Basisdiagnostik (Echo, Ergometrie)
- ☐ Transösophageales Echo
- ☐ Stressechokardiographie
- ☐ Carotis - Doppler
- ☐ Gefäßdiagnostik peripher
- ☐ Nierenarterien - Doppler
- ☐ LZ-EKG
- ☐ LZ-Blutdruck
- ☐ Schrittmacherkontrolle
- ☐ Defi- / CRT-Kontrolle
- ☐ Elektrische Kardioversion

Patientencharakteristik

- ☐ Facharztvertrag
- ☐ Kasse
- ☐ Privat versichert
- ☐ Neuer Patient
- ☐ Patient bekannt Dr. Lude
- ☐ Patient bekannt Dr. Maihöfer
- ☐ Patient bekannt Dr. Keim
- ☐ Patient bekannt Dr. Jauernig
- ☐ Vorbefunde / -untersuchung bei

_____

- ☐ Dringender Termin
- ☐ Mittelfristiger Termin
- ☐ Regulärer bzw. Kontroll - Termin

Ärztliche Begründung für vorgezogenen Termin / dringlichen Termin:

_____

_____

erledigt _____

Termin _____