



**AN DIE  
KARDIOLOGISCH-ANGIOLOGISCHE  
GEMEINSCHAFTSPRAXIS  
DRES. 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**

- Kasse
  - Privat
  - Neuer Patient
  - Patient bekannt Dr. Lude
  - Patient bekannt Dr. Maihöfer
  - Patient bekannt Dr. Keim
  - Patient bekannt Dr. Jauernig
  - Patient bekannt Fr. Dr. Hartmann
  - Vorbefunde / -untersuchung bei
- 

- dringender Termin
- mittelfristiger Termin
- regulärer Termin

**Ärztliche Begründung für dringenden / vorgezogenen Termin:**

---

---

**erledigt**

**Termin**

---

---