

Anmeldung erfolgen ausschließlich über
DaMe: **KAGES182**. Falls kein DaMe vorhanden ist,
bitten wir um **postalische Zusendung**.

LKH Graz II, Standort West
Göstinger Straße 22, 8020 Graz
+43 316/5466-6033
DaMe: KAGES182
www.lkh-graz2.at

Anmeldung Synkopenambulanz

Name Patient:in: _____ Datum: _____

Telefonnummer: _____ Zuweiser:in (LKH): _____

SV-Nr./Geb.Dat.: _____ Arzt (Name, Tel., DaMe/E-Mail): _____

Adresse: _____

Kurze Anamnese:

EKG: bitte mitsenden

Ruhe-EKG: _____

Holter-EKG: Befund u. relevante Arrhythmien bitte mitsenden

Schellongtest: _____

Carotisdruckversuch (Alter > 40 J.): _____

Echokardiographie (bei V. a. strukturelle Herzerkrankung): _____

Medikation: _____

Relevante Begleiterkrankungen:

Bitte vollständig ausfüllen und relevante Befunde beilegen!