

## Anmeldung Vitien-/CMP-Abklärung

**Kontakt:**

Tel.: +43 316/5466-6033

Fax: +43 316/5466-6034

Name des Patienten:

Datum:

Telefonnummer:

Zuweiser (LKH):

SV-Nr./Geb.Datum:

Arzt (Name, Tel., Fax):

Adresse:

### Zuweisungsmodus

Erstzuweisung

Verlaufskontrolle (bitte etwaige Vorbefunde mitgeben)

### Klinik

Herzinsuffizienz

AP

sonst. ....

NYHA/CCCSC .....

### Klappenerkrankung

Aortenstenose

Mitralinsuffizienz

Aorteninsuffizienz

Trikuspidalinsuffizienz

Mitralstenose

sonst. ....

### Kongenitales Vitium

ASD

sonst. ....

### Echobefund

### Therapie

### Relevante Begleiterkrankungen

Sonderklasse  JA  NEIN

**Bitte vollständig ausfüllen und relevante Befunde beilegen!**

**ANTWORTFAX** (bitte unbedingt freilassen)