

Anmeldung Vitien-/CMP-Abklärung

Kontakt:

Tel.: +43 316/5466-6033

Fax: +43 316/5466-6034

Name Patient:in: _____ Datum: _____

Telefonnummer: _____ Zuweiser:in(LKH): _____

SV-Nr./Geb.Dat.: _____ Arzt (Name, Tel., Fax): _____

Adresse: _____

Zuweisungsmodus:

Erstzuweisung

Verlaufskontrolle (bitte etwaige Vorbefunde mitgeben)

Klinik:

Herzinsuffizienz

AP

sonst.: _____

NYHA/CCSC: _____

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)