



# Zuweiserverformular

## Klinik für Kardiologie und Rhythmologie

**kkhm**  
Krankenhaus  
Meckernich

✉ kardiologie@kkhm.de  
☎ 02443/17-1017

### Patientendaten/oder Aufkleber

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Versicherungsstatus:  gesetzlich  privat

### Zuweisende Praxis/Arzt (ggf. Stempel)

Praxis/Klinik/Arzt: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

Fragestellung/(Verdachts-) Diagnose

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Gewünschte Untersuchung (bitte ankreuzen)

- Stationäre Abklärung akuter/chronischer Beschwerden (bitte kurze Info)
- (Links-/Rechts-) Herzkatheter
- ASD/pFO/LAA-Verschluss
- Transösophageale Echokardiographie (stationär unter Sedierung)
- Schrittmacher-/ICD-Implantation/Aggregatwechsel
- Sonstiges/Info:

### Dringlichkeit

Routine (> 14 Tage)  Dringend (7-14 Tage)  Notfall (heute Rücksprache)

### Terminvergabe

- Patient soll durch das Krankenhaus kontaktiert werden (bitte Tel.-Nr.) \_\_\_\_\_
- Terminvergabe erfolgt über die zuweisende Praxis (bitte Termin per Fax/Telefon)

### Rückruf gewünscht

Ja, bitte Rückruf unter: \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_