

Faxformular zur Anmeldung von Patient*innen

Fax-Nr. 05361 80-1297

Anforderungsdatum:
Anfordernder Arzt:
Tel.-Nr.:
Fax-Nr.:

Daten Patient*in
Name, Vorname:
Geb.-Datum:
Krankenkasse:
Zusatzversicherung mit Chefarztwahl: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tel.-Nr.: Mobil-Nr.:

Gewünschte Untersuchung:

Herzkatheteruntersuchung (Koronarangiographie/PTCA)

- Ambulant
- Stationär

Schrittmacher-, ICD- oder CRT-Defibrillator-Implantation bzw. Aggregatwechsel

- Neuimplantation
- Aggregatwechsel

Elektrokardioversion (ggf. nach TEE)

Elektrophysiologische Untersuchung bzw. Ablation

Sprechstunde (Fragestellung): _____

Sonstiges: _____

Bitte Arztbrief, Medikamentenplan und Vorbericht (wenn vorhanden) als Anlage beifügen.
Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne telefonisch zur Verfügung:
HKU 05361 80-1568, SM + EKV 05361 80-1301, EPU 05361 80-3398.

Vielen Dank