

## Faxformular zur Patientenmeldung

Fax-Nr.: 05361 – 80 1297

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

<b>Patientendaten</b>	
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

**Elektrophysiologische Untersuchung bzw. Ablation**

**Elektrokardioversion (ggf. nach TEE)**

**Sprechstunde (Fragestellung):** \_\_\_\_\_

**Sonstiges:** \_\_\_\_\_

**Bitte Arztbrief, Medikamentenplan und Vorbericht (wenn vorhanden) als Anlage beifügen.  
Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne telefonisch zur Verfügung: 05361 – 80 1568.  
Vielen Dank**