SissaMed

MEDIZIN. IM ZENTRUM. FÜR SIE

Anmeldung zur kardiologischen Untersuchung

Patientendaten (Etikette)

Name	Vorname
Strasse	PLZ/ Ort
Telefon/ Mobile	E-Mail
Krankenversicherung	VEKA-Nummer (8075…)

☐ Bitte Patient direkt aufbieten:	☐ Termin vereinbart am:

Dringlichkeit:

☐ Sehr dringend
☐ Baldmöglichst
☐ Elektiv

Diagnosen, klinische Angaben, Medikamente, Fragestellung:

Gewünschte Untersuchung:

☐ Kardiologisches Konsilium	☐ Echokardiographie
☐ Stressechokardiographie	☐ Belastungs- EKG
☐ Schrittmacherkontrolle	☐ ICD/CRT- Kontrolle
Abklärung und Einstellung arterielle Hypertonie ☐ Mit Labor ☐ Ohne Labor	
☐ 24- Stunden- Blutdruckmessung	☐ Langzeit EKG Dauer:
☐ Anderes:	

Ort und Datum	**Stempel und Unterschrift**

Eingang: Rössligasse 4, 4450 Sissach
Post: Rössligasse 6, 4450 Sissach
Web: www.sissamed.ch

HIN- Mail: sissamed@hin.ch
Patient:innen: info@sissamed.ch
Telefon: 061 971 19 20