



Kontaktformular für Einweisende und Zuweisende Ärzte

Wir bitten um einen Termin

☐ DRINGEND

☐ Elektiv

für den Patienten: | Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefonnummer des Patienten:

für folgende Sprechstunde:

- ☐ **Herzkathetersprechstunde** **Montag & Freitag**
(KHK, Herzklappenfehler, Aufklärung für Herzkatheteruntersuchung, LAA, PFO, ASD,
Wiedervorstellung nach Myokardszintigrafie)
- ☐ **EPU-Sprechstunde** **Montagnachmittag & Mittwochvormittag**
(Herzrhythmusstörungen – Aufklärung für Ablation, Pulmonalvenenisolation)
- ☐ **Rhythmussprechstunde** **Mittwochnachmittag**
(Indikationsprüfung/ Aufklärung für Schrittmacher/ICD-Implantation, TEE, EKV)
- ☐ **Sonstiges**

Praxisstempel: