

Zuweisung Kardiologie / Sportkardiologie

Bitte vollständig ausfüllen und über HIN an dagmar.keller@hin.ch senden. Rückfragen jederzeit telefonisch.

ZUWEISENDE ÄRZTIN / ZUWEISENDER ARZT

Name, Vorname	ZSR-Nummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Praxis / Institution	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail oder HIN-Adresse	Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>

PATIENTIN / PATIENT

Name, Vorname	Geburtsdatum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adresse	Telefon	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Krankenversicherer	Versichertennummer	Unfall ja / nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DRINGLICHKEIT

☐ Notfall — bitte telefonisch ☐ dringlich, innert 72 Stunden ☐ innert 2 Wochen ☐ elektiv

FRAGESTELLUNG

Was soll abgeklärt werden? Bitte konkret — die Fragestellung steuert die Untersuchung.

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG

- | | |
|--|---|
| ☐ Kardiologische Beurteilung | ☐ Echokardiographie (TTE) |
| ☐ Ruhe-EKG | ☐ Langzeit-EKG (Holter) |
| ☐ 24-h-Blutdruckmessung | ☐ Belastungs-EKG / Ergometrie * |
| ☐ Sportkardiologische Abklärung | ☐ Familiäre Herzerkrankung / plötzlicher Herztod |
| ☐ Hörentauglichkeit | ☐ Zweitmeinung |
| ☐ nach Ihrer Beurteilung | |

* Belastungsuntersuchungen führe ich an der Klinik Gut St. Moritz durch — separater Termin.

KLINISCHE ANGABEN

Hauptdiagnosen	Aktuelle Medikation
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relevante Vorbefunde / Voruntersuchungen (bitte beilegen)	
<input type="text"/>	

Rückmeldung Kurzbefund innert 48 Stunden · ausführlicher Bericht innert fünf Arbeitstagen

Vertraulichkeit Dieses Formular enthält Patientendaten. Versand ausschliesslich über HIN oder auf dem Postweg. Bitte senden Sie Patientendaten und Befunde nicht unverschlüsselt per E-Mail — auch nicht an die HIN-Adresse, wenn Sie selbst über keinen HIN-Anschluss verfügen. Patientinnen und Patienten bringen Unterlagen bitte zum Termin mit.