

Zuweiserbogen - Herzinsuffizienzambulanz

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

vielen Dank für die Zuweisung Ihrer Patientin oder Ihres Patienten! Wir bitten Sie vorab um einige Informationen, damit wir den Termin in unserer Herzinsuffizienzambulanz bereits im Vorfeld mit allen notwendigen Untersuchungen bestmöglich planen können. Schicken Sie uns diese gerne per E-Mail an „leitstelle.kardiologie@ukr.de“, per KIM-Telematik an „kardiologie.inneremed2@ukr.kim.telematik“ oder per Fax an 0941/944-7182. Wir melden uns schnellstmöglich mit einem Terminvorschlag für Ihre Patientin oder Ihren Patienten zurück.

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt

Klinik oder Praxis und behandelnder Arzt: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Faxnummer: _____

Hausarztpraxis

Praxisname und behandelnder Arzt: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Faxnummer: _____

Dringlichkeit

eilig (bitte telefonische Kontaktaufnahme) Routine (6-8 Wochen) frühestens ab: _____

Vorstellungsgrund/ spezifische Fragestellung/ Besonderheiten

Wichtige Unterlagen sofern möglich bitte beifügen (zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medikamentenplan | <input type="checkbox"/> Herz MRT-Befund |
| <input type="checkbox"/> aktuelle Laborwerte | <input type="checkbox"/> OP-Berichte zu kardiochirurgischen Eingriffen |
| <input type="checkbox"/> aktueller Echokardiografie-Befund | <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung |
| <input type="checkbox"/> Koronarangiografie-/Rechtsherzkatheter-Befund | <input type="checkbox"/> _____ |

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte zögern Sie nicht, uns bei eventuellen Fragen zu kontaktieren:

Universitätsklinikum Regensburg, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II (Herzinsuffizienzambulanz)

Tel. 0941/944-7211 oder E-Mail: leitstelle.kardiologie@ukr.de