

Kardiologie, Kantonsspital Baselland, Standort Bruderholz  
Dieses Formular können sie uns per Fax 061 436 36 70 oder per Email an [kardiologie.bruderholz@ksbl.ch](mailto:kardiologie.bruderholz@ksbl.ch) senden.

Leitende Ärzte: Prof. Dr. med. Peter Rickenbacher | Dr. med. Rolf Handschin, Oberarzt: Dr. med. Christian Maurer

Patientenangaben

Telefon 061 436 22 20

|                |                                 |                      |                                     |                                    |       |
|----------------|---------------------------------|----------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------|
| Name           | -----                           |                      | Geburtsdatum                        | -----                              |       |
| Vorname        | -----                           |                      | <input type="checkbox"/> männlich   | <input type="checkbox"/> weiblich  |       |
| Adresse        | -----                           |                      |                                     |                                    |       |
| Telefon privat | -----                           | Telefon geschäftlich | -----                               | Mobiltelefon                       | ----- |
| Krankenkasse   | -----                           |                      | Versicherungsnummer                 | -----                              |       |
|                | <input type="checkbox"/> Privat |                      | <input type="checkbox"/> Halbprivat | <input type="checkbox"/> Allgemein |       |

Dringlichkeit

|   |                               |   |
|---|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> sehr dringend                            | <input type="checkbox"/> bald | <input type="checkbox"/> elektiv                |
| <input type="checkbox"/> Zuweisung zur Sprechstunde mit Abklärung |                               | <input type="checkbox"/> Zuweisung stationär    |
| Termin bereits vereinbart auf:-----                               |                               | <input type="checkbox"/> Bitte direkt aufbieten |

Klinische Angaben und Fragestellung

-----

-----

-----

Medikamente:-----

Gewünschte Abklärung(en)

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Konsilium                              | <input type="checkbox"/> Transthorakale Echokardiographie (TTE)   |
| <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG                           | <input type="checkbox"/> Stress-Echokardiographie                 |
| <input type="checkbox"/> Langzeit-Blutdruck                     | <input type="checkbox"/> Transoesophageale Echokardigraphie (TEE) |
| <input type="checkbox"/> Schrittmacher-Kontrolle/ ICD-Kontrolle | <input type="checkbox"/> Ergometrie                               |
| <input type="checkbox"/> Eventrecorder-Implantation             | <input type="checkbox"/> Spiro-Ergometrie                         |
| <input type="checkbox"/> Schrittmacher-Implantation             | <input type="checkbox"/> Kardiale Computertomographie             |
| <input type="checkbox"/> Koronarangiographie                    | <input type="checkbox"/> Myokardperfusionsszintigraphie           |
| <input type="checkbox"/> Rechtsherzkatheter-Untersuchung        | <input type="checkbox"/> Kardiale Magnetresonanztomographie       |

Spezifische Zuweisung für

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. P. Rickenbacher | <input type="checkbox"/> Dr. med. R. Handschin | <input type="checkbox"/> Dr. med. Christian Maurer | <input type="checkbox"/> nicht personengebunden |
|---|--|--|---|

Bericht an

|                                   |                                  |                                     |   |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> per Post | <input type="checkbox"/> per Fax | <input type="checkbox"/> per E-Mail | <input type="checkbox"/> zusätzlich per Telefon |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---|

Kopie an

-----

-----

|       |       |          |       |
|-------|-------|----------|-------|
| Datum | ----- | Zuweiser | ----- |
|-------|-------|----------|-------|

Ärztliches Visum Kardiologie (interner Gebrauch)

|              |       |
|--------------|-------|
| Unterschrift | Datum |
|--------------|-------|