

## Formular zur elektronischen Anmeldung ihrer Patienten

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

- sehr dringend     bald     elektiv
- Zuweisung zur Sprechstunde mit Abklärung     Zuweisung stationär
- Termin bereits vereinbart auf: .....  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 Echokardiographie (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

- Prof. Dr. med. P. Rickenbacher     Dr. med. R. Handschin     Dr. med. Christian Maurer     nicht personengebunden

### Bericht an

- per Post     per Fax     per E-Mail     zusätzlich per Telefon

### Kopie an

-----

-----

Datum ----- Zuweiser -----

Ärztliches Visum Kardiologie (interner Gebrauch)

Unterschrift

Datum