

## ZUWEISUNG ZUR HERZKATHETER-UNTERSUCHUNG

BITTE AUSFÜLLEN UND FAXEN UNTER 04242 / 208 62178

Nikolaigasse 43  
9500 Villach

**Für die Anmeldung ist ein aktueller Ischämienachweis und Echokardiographie Voraussetzung!**

Name: ..... geb.: ..... Größe: ..... Gewicht: .....

Zuweiser: .....

Indikation: Stabile AP

Instabile AP

Klappenvitium:

Herzinsuffizienz:

AS:

MI:

TI:

Anamnese:

St.p. MCI wann: .....

St.p. PCI wo und wann: .....

St.p. ACB-OP wo und wann: .....

St.p. Klappen-OP was, wo und wann: .....

Hypertonie  Nikotin  DM

Hyperlipidämie  Chron. NI  PAVK

EKG: .....

ERGO: .....

ECHO: EF: ..... Wandbewegungsstörung: VW HW Septum Lateral

Klappenvitium: .....

Szintigraphie: wann ..... Befund: .....

Koronar-CT: wann ..... Befund: .....

Besondere Hinweise:

.....  
.....