



**Dr. med. Erwin Wyss**  
Facharzt für Innere Medizin  
und Kardiologie FMH

## Anmeldung

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Telefon:

Strasse:

PLZ/Ort:

Krankenkasse:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Konsilium mit                  | <input type="checkbox"/> Elektrokonversion             |
| <input type="checkbox"/> Echokardiographie              | <input type="checkbox"/> Stress-Echokardiographie      |
| <input type="checkbox"/> Ergometrie                     | <input type="checkbox"/> Herz-CT-Untersuchung          |
| <input type="checkbox"/> 24h – EKG *                    | <input type="checkbox"/> Defibrillatorkontrolle        |
| <input type="checkbox"/> 48h – EKG *                    | <input type="checkbox"/> Schrittmacherkontrolle        |
| <input type="checkbox"/> Event - recording 5 bis 7 Tage | <input type="checkbox"/> Anmeldung Koronarangiographie |
| <input type="checkbox"/> 24 h BD – Messung*             | <input type="checkbox"/>                               |

Indikation / Anamnese:

Risikofaktoren:

Medikamente / Therapie:

Fragestellung:

Stempel/Unterschrift

Datum:

---

\*Rekorder können wir Ihnen (portofrei / pauschal frankiert für Hin- und Rücksendung) per Post in Ihre Praxis senden