



AN DIE
KARDIOLOGISCH-ANGIOLOGISCHE
GEMEINSCHAFTSPRAXIS
DRS. HARTMANN / LUDE / MAIHÖFER /
KEIM / JAUERNIG

FAX 07121 / 20 38 323

Absender/Stempel

Notfall - Termin Akute Thoraxschmerzen

Name	Vorname	Geburtsdatum	Telefon / Mobil
------	---------	--------------	-----------------

Terminvergabe an:

Patient

Praxis

Patient bekannt

neuer Patient

bekannte KHK

keine KHK bekannt

typische Angina pectoris

atypische Angina pectoris

Arztinfo:

Bitte geben Sie nach Möglichkeit Vorbefunde mit.
(z.B. Coro-Befunde, Entlassbriefe, Vor-EKG, Labor (Troponin))

Fax-Anmeldung bitte **nicht** für dringliche kardiologische Untersuchungen verwenden