



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

**FAX 07121 / 20 38 323**

Absender/Stempel

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefon / Mobil

Terminvergabe an:

Patient

Praxis

**Gewünschte Untersuchung**

- Kardiologische Basisdiagnostik (Echo, Ergometrie)
- Transösophageales Echo
- Stressechokardiographie
- Carotis - Doppler
- Gefäßdiagnostik peripher
- Nierenarterien - Doppler
- LZ-EKG
- LZ-Blutdruck
- Schrittmacherkontrolle
- Defi- / CRT-Kontrolle
- Elektrische Kardioversion

**Patientencharakteristik**

- Kasse
- Privat
- Neuer Patient
- Patient bekannt Dr. Lude
- Patient bekannt Dr. Maihöfer
- Patient bekannt Dr. Keim
- Patient bekannt Dr. Jauernig
- Vorbefunde / -untersuchung bei \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- Dringender Termin
- Mittelfristiger Termin
- Regulärer bzw. Kontroll - Termin

**Ärztliche Begründung für vorgezogenen Termin / dringlichen Termin:**

erledigt \_\_\_\_\_  
Termin \_\_\_\_\_