



**AN DIE
KARDIOLOGISCHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS
DRS. MAIHÖFER / KEIM / JAUERNIG / SCHEMPF**

FAX 07121 / 20 38 323

Absender/Stempel

Datum: _____

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

Terminvergabe an:

Patient

Praxis

Gewünschte Untersuchung

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

Patientencharakteristik

- Facharztvertrag
- Kasse
- Privat versichert
- Neuer Patient
- Patient bekannt Dr. Maihöfer
- Patient bekannt Dr. Keim
- Patient bekannt Dr. Jauernig
- Patient bekannt Dr. Schempf
- Vorbefunde / -untersuchung bei _____

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

Ärztliche Begründung für vorgezogenen Termin / dringlichen Termin:

erledigt _____

Termin _____