

Anmeldung zur ambulanten Vorstellung Klinik für Innere Medizin – Kardiologie



Ambulante Anmeldung

FAX: +49 30 4593-2419

E-Mail: kardoambulanz@dhzb.de

Stationäre Anmeldung/Privatsprechstunde

FAX: +49 30 4593-2500

E-Mail: Sekretariatkardiologie@dhzb.de

Bitte ankreuzen und per Fax an die jeweilige Nummer senden:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum im DHZB | <input type="checkbox"/> Hypertoniezentrum |
| <input type="checkbox"/> Ambulanz für schwere Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> ambulante Vorstellung zur Zweitmeinung |
| <input type="checkbox"/> Rhythmussprechstunde/Herzschrittmacher/Devices | <input type="checkbox"/> TAVI/MitraClip/strukturelle Herzerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Pulmonale Hypertonie Sprechstunde | |

Patient

| | | | |
|----------------|--|---------------|--|
| Name, Vorname: | | | |
| Adresse: | | | |
| Telefon: | | Geburtsdatum: | |

Angaben zur Anamnese

| |
|--|
| |
|--|

Bitte wenn möglich Arztbrief und Befunde ebenfalls per Fax senden.

Anmeldender Arzt

| | |
|--------------------------|--|
| Name: | |
| Praxis/Klinik: | |
| Telefon: | |
| Fax: | |
| Stempel, Unterschrift | |