

Abteilung für Innere Medizin
Leitung: Prim.^a Dr.ⁱⁿ Mimoza Shema-Kastrati

Zuweisung: Kardiologie

Daten Patient*in: Name: _____ Geburtsdatum: _____ SV-Nr.: _____ Telefonnr.: _____	Zuweiser*in Name & Adresse: _____ _____ Telefon: _____
Ambulanz:	☐ Herzinsuffizienz ☐ Schrittmacherambulanz
Grund der Zuweisung:	☐ NYHA III ☐ NYHA IV ☐ CMP-Abklärung ☐ Schrittmacherkontrolle ☐ Device-Problem ☐ Sonstiges
Anmerkung:	• Alle relevanten Befunde zum Termin mitbringen • Aktuelles Labor mitbringen! 1-2 Wochen vor der Untersuchung: Blutbild, Elektrolyte, Nieren- und Leberparameter, Fettprofil inkl. LDL, ProBNP, Fe-Profil
Termin in der Internen Ambulanz ist am:	