



**Dr. med. Roman Netzer**  
 Facharzt FMH für Kardiologie

Herz-Praxis im Löwen Center  
 Zürichstrasse 5 · 6004 Luzern

Telefon 041 410 90 90  
 Telefax 041 410 80 80  
 E-Mail info@herz-praxis.ch  
 www.herz-praxis.ch

EAN-Nr. 7601000197818

Dr. med. R. Netzer  
 Kardiologie FMH  
 Herz-Praxis im Löwen Center  
 Zürichstrasse 5  
 6004 Luzern

## Anmeldung zur konsiliarischen Beurteilung / Behandlung

Vor-/Name _____	Geburtsdatum ____.	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	
Strasse _____	PLZ / Ort _____			
Telefon P: _____	G: _____	Krankenkasse/Sektion _____		

Bei obengenanntem/-r Patienten/-in wünsche ich folgende kardiologische Abklärung(en) / Therapie(n):

<input type="checkbox"/> Abklärung/Beurteilung gem. Fragestellung <input type="checkbox"/> Transthorakale Echokardiographie (TTE) <input type="checkbox"/> Transösophageale Echokardiographie (TEE) <input type="checkbox"/> Ergometrie <input type="checkbox"/> Stress-Echokardiographie <input type="checkbox"/> Myokard-Szintigraphie <input type="checkbox"/> 24-Stunden-EKG (Holter) <input type="checkbox"/> Event-Holter 7 Tage (R-Test)	<input type="checkbox"/> 24-Stunden-Blutdruck-Messung <input type="checkbox"/> Elektrokonversion <input type="checkbox"/> Kontrolle Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Koronarangiographie + ev. Ballondilatation / Stent-Implantation <input type="checkbox"/> Rechtsherzkatheter-Untersuchung <input type="checkbox"/> Schrittmacher-Implantation <input type="checkbox"/> Präoperative Beurteilung
--	--

**Diagnose/Befunde:** \_\_\_\_\_

(Bitte relevante  
 Unterlagen beilegen)

**Fragestellung:** \_\_\_\_\_

(Fortsetzung auf  
 Rückseite / Beiblatt)

**Medikation:** \_\_\_\_\_

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

Termin bereits vereinbart:  nein                      Datum / Unterschrift \_\_\_\_\_  
 ja, für den \_\_\_\_\_                      Stempel

Bestellung: \_\_\_\_\_ Anmeldeformulare