

## Ambulanz für Herzinsuffizienz:

### Zuweisung durch den niedergelassenen Facharzt für Kardiologie

Vielen Dank für die Zuweisung Ihres Patienten oder Ihrer Patientin. Wir bitten Sie vorab um einige Informationen, damit wir den Termin in unserer Ambulanz für Herzinsuffizienz bereits im Vorfeld mit allen notwendigen Untersuchungen bestmöglich planen können. Dazu gehören neben diesem Anmeldeformular auch Berichte zu Voruntersuchungen, kardialen Operationen, Nebendiagnosen und der aktuellen Medikation – falls Ihnen diese zur Verfügung stehen. Schicken Sie uns diese gerne per E-Mail an » [herzinsuffizienz@uk-augsburg.de](mailto:herzinsuffizienz@uk-augsburg.de) oder per Fax an » 0821 400-172909. Wir melden uns umgehend mit einem Terminvorschlag für Ihre/n Patienten/in der Praxis zurück. Bitte holen Sie sich vor Übermittlung der Patientendaten das Einverständnis Ihrer/s Patienten/in ein.

<b>Patient/in</b> (Name, Vorname, Geburtsdatum)		
<b>Patient/in » Anschrift und Kontaktdaten</b> (Telefon/ Fax/ E-Mail):		
<b>Zuweisende/r Arzt oder Ärztin » Anschrift und Kontaktdaten</b> (Telefon/ Fax/ E-Mail):		
<b>Hausarzt oder Ärztin » Anschrift und Kontaktdaten</b> (Telefon/ Fax/ E-Mail):		
<b>Dringlichkeit:</b>	<b>Versicherungsstatus:</b>	<b>LVAD</b>
<input type="checkbox"/> Eilig (bitte Kontaktaufnahme) <input type="checkbox"/> Routine (6-8 Wochen) <input type="checkbox"/> frühestens ab _____	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat mit Chefarzt/Klinikdirektor	<input type="checkbox"/> ja
<b>Vorstellungsgrund/ spezifische Fragestellung/ Besonderheiten:</b>		
<b>Wichtige Unterlagen sofern möglich bitte beifügen (zutreffendes bitte ankreuzen):</b>		
<input type="checkbox"/> Medikamentenplan <input type="checkbox"/> Aktuelle Laborwerte <input type="checkbox"/> Arztbrief ambulanter Kardiologe <input type="checkbox"/> Aktueller Herzkatheter-/ Kardiio-MRT-/ Echokardiografie Befund <input type="checkbox"/> OP-Berichte bei Voroperationen am Herz <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht/ Patientenverfügung <input type="checkbox"/> _____		

#### Sie haben Fragen? Unsere Kontaktdaten sind:

Universitätsklinikum Augsburg | Ambulanz für Herzinsuffizienz

Telefon: 0821 400-2909 | Fax: -172909

E-Mail: [herzinsuffizienz@uk-augsburg.de](mailto:herzinsuffizienz@uk-augsburg.de)

Internet: [www.uk-augsburg.de/herzinsuffizienz](http://www.uk-augsburg.de/herzinsuffizienz)

#### Termin in der Ambulanz:

Datum: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie diesen Termin  
Ihrem/r Patienten/in mit!