



## I. Medizinische Klinik

### **Zuweisung in die Kardiologische Hochschulambulanz:**

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

vielen Dank für die Zuweisung Ihres Patienten/ Ihrer Patientin.

Wir bitten Sie vorab um einige Informationen, damit wir für den Termin in unserer Ambulanzsprechstunde bereits im Vorfeld mit allen notwendigen Untersuchungen optimal planen können.

Bitte lassen Sie uns auch relevante Berichte von Voruntersuchungen, kardialen Operationen, Nebendiagnosen und die aktuelle Medikation zukommen.

Sie können uns die Unterlagen postalisch oder per Fax (0821 - 400 172909) zukommen lassen. Wir melden uns zeitnah mit einem Terminvorschlag bei Ihnen oder Ihrem Patienten/Ihrer Patientin.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Das Team der Kardiologischen Hochschulambulanz

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

Universitätsklinikum Augsburg | Kardiologisches Hochschulambulanzzentrum Telefon: 0821 400-2909 | Fax: -172909

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

Internet: <https://www.uk-augsburg.de/einrichtungen/kliniken/i-medizinische-klinik/ueberblick>



**Zuweisungsformular Kardiologische Hochschulambulanz:**

<input type="checkbox"/> <b>Das Einverständnis des Patienten/der Patientin zur Weitergabe von persönlichen Daten und Befunden wurde eingeholt</b>		
<b>Patient</b> (Name, Vorname, Geb. Datum)		
<b>Anschrift und Kontaktdaten</b> (Telefon/ Fax/ Mail):		
<b>Zuweiser - Anschrift und Kontaktdaten</b> (Telefon/ Fax/ Mail):		
<b>Hausarzt - Anschrift und Kontaktdaten</b> (Telefon/ Fax/ Mail):		
<b>Dringlichkeit:</b> <input type="checkbox"/> Eilig (bitte Kontaktaufnahme) <input type="checkbox"/> Routine <input type="checkbox"/> frühestens ab _____	<b>Versicherungsstatus</b> <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat mit Chefarzt	<b>Spezialsprechstunde:</b> <input type="checkbox"/> Kardiomyopathien & Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Strukturelle Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> Komplexe Koronarerkrankungen
<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"/> Aktuelle Arztbriefe <input type="checkbox"/> Aktueller Herzkatheter-/ Kardio-MRT-/ Echokardiografie Befund <input type="checkbox"/> _____		