



I. Medizinische Klinik

Zuweisung in die Hochschulambulanz für Herzinsuffizienz:

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

vielen Dank für die Zuweisung Ihres Patienten/ Ihrer Patientin.

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

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

Sie können uns die Unterlagen 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 Herzinsuffizienz-Ambulanz

Sie haben Fragen? Unsere Kontaktdaten sind:

Universitätsklinikum Augsburg | Ambulanz für Herzinsuffizienz Telefon: 0821 400-2909 | Fax: -172909

E-Mail: herzinsuffizienz@uk-augsburg.de Internet: www.uk-augsburg.de/herzinsuffizienz



Zuweisungsformular Herzinsuffizienz – Ambulanz:

<input type="checkbox"/> Das Einverständnis des Patienten/der Patientin zur Weitergabe von persönlichen Daten und Befunden wurde eingeholt		
Patient (Name, Vorname, Geb. Datum)		
Anschrift und Kontaktdaten (Telefon/ Fax/ Mail):		
Zuweiser - Anschrift und Kontaktdaten (Telefon/ Fax/ Mail):		
Hausarzt - Anschrift und Kontaktdaten (Telefon/ Fax/ Mail):		
Dringlichkeit: <input type="checkbox"/> Eilig (bitte Kontaktaufnahme) <input type="checkbox"/> Routine <input type="checkbox"/> frühestens ab _____	Versicherungsstatus <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat mit Chefarzt	LVAD <input type="checkbox"/> ja
Vorstellungsgrund/ spezifische Fragestellung/ Besonderheiten:		
Wichtige Unterlagen sofern möglich bitte beifügen (zutreffendes bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> Medikamentenplan <input type="checkbox"/> Aktuelle Laborwerte <input type="checkbox"/> Arztbrief ambulanter Kardiologe <input type="checkbox"/> Aktueller Herzkatheter-/ Kardio-MRT-/ Echokardiografie Befund <input type="checkbox"/> OP- Berichte bei Voroperationen am Herz <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht/ Patientenverfügung <input type="checkbox"/> _____		