

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



CARDIO-Integral Dringlichkeitsbehandlung

– vom Hausarzt auszufüllen –

- Akute thorakale Schmerzsymptomatik (zum Ausschluss einer kardialen Genese)
- Akute Herzrhythmusstörung
- Verschlechterung einer bestehenden Herzinsuffizienz
- Akute fieberhafte Erkrankung mit V. a. kardiale Beteiligung
- V. a. tiefe Venenthrombose (TVT) / venöse Thromboembolie (VTE)

Bitte folgende Unterlagen beifügen (soweit vorhanden):

- diagnoserelevante Vorbefunde (Kopien und Arztbriefe)
- aktuelle Laborwerte (soweit vorhanden, z. B. **Troponin**, Crea, Ges.Chol, LDL, HDL, TG, BZ, TSH, Kalium, ggf. INR)
- Medikamentenplan
- aktuelles 12-Kanal-Ruhe-EKG (Kopie)

_____ Datum

Arztstempel / -unterschrift

Faxantwort:

Termin am _____ um _____.
Datum Uhrzeit

Arztstempel / -unterschrift - Facharzt