**Zuweisungsschreiben an**

**Kinderherzen – Zentrum für Kinderkardiologie**

Mit der Bitte um eine konsiliarische, kinderkardiologische Beurteilung und zur Festlegung des Procedere überweise ich Dir / Ihnen den untengenannten Patienten zur fachärztlichen Untersuchung.

**Patient:**

Name, Vorname: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Geburtsdatum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Adresse: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Mail: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Zuweisungsgrund:**

Systolikum  V.a. Herzrhythmusstörungen  Palpitationen

Thoraxschmerzen  Synkope  Familienabklärung

Kontrolle angeborener Herzfehler

Andere: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Details: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Dringlichkeit:**

Notfall  innerhalb 72 Stunden  innerhalb 1 Woche

2-4 Wochen  > 4 Wochen

Wunsch der Familie: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Vielen Dank für die fachärztliche Beurteilung und Deinen / Ihren Bericht.

**Datum** Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

**Zuweisende Ärzte/Praxis** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

[**MAIL TO KINDERHERZEN**](mailto:kinderherzen@hin.ch?subject=Zuweisung%20zur%20kinderkardiologischen%20Untersuchung) **oder an** [**kinderherzen@hin.ch**](mailto:kinderherzen@hin.ch) **schicken!**