**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** **oder an** **kinderherzen@hin.ch** **schicken!**