

VERWIJZING DIAGNOSTISCH CENTRUM CARDIOLOGIE ZWOLLE

Isala, t.a.v. Diagnostisch Centrum Cardiologie, Antwoordnr. 2049, 8000 VB Zwolle.
Tel.: 038-4247033, Fax.: 038-4243222, mail: planbureauDCC@isala.nl

Naam: M/V Lengte:
 Adres: Gewicht:
 Postcode:..... Tensie:
 Woonplaats: Risicofactoren: ja / nee
 Geb. datum: Hypertensie
 Telefoonnr.: Hypercholesterolemie
 Huisarts: Diabetes Mellitus
 Datum bezoek huisarts: Roken : nooit /ooit / ja
 Familie anamnese: + / -

Eerder gezien door cardiologen Isala Klinieken: J / N , naam cardioloog:

NB: onderstaande onderzoeken kunt u aanvragen voor patiënten vanaf 16 jaar!

Gewenst onderzoek:

- ECG in rust
 geen vervolgspraak cardioloog
 bij duidelijke pathologie graag direct vervolgspraak cardioloog
- (Indien alleen aanvraag rust ECG, dan patiënt hiervoor rechtstreeks met dit formulier verwijzen naar Isala, Dokter van Heesweg 2, Zwolle. Melden: centrale hal, centrale balie. werkdagen tussen 9.00-11.30 en/of 14.00-15.30 uur)**
- ECG in rust + inspanning, bij duidelijke pathologie volgt vervolgspraak cardiologie
 - ECG in rust + echocardiogram, bij duidelijke pathologie volgt vervolgspraak cardiologie
 - ECG in rust + holtermonitoring, bij duidelijke pathologie volgt vervolgspraak cardiologie

Voorkeur locatie: Isala Kampen Geen

1. Klacht/ symptoom die leidt tot aanvraag:

1. Typische angina pectoris
2. Atypische angina pectoris
3. Aspecifieke pijn op de borst
4. Souffle
5. Verdenking hartfalen
 aanwijzingen diastolisch hartfalen
6. Ritmestoornissen
7. Collaps
8. Overig:.....

4. Vooraf geschatte kans op aandoening:

1. Klein
2. Groot
3. Onbekend

5. Medicatie:

2. Status van casus voor huisarts:

1. Nieuw geval
2. Recidief / exacerbatie
3. Oud cq controle

6. Ruimte voor vrije tekst:
 (evt. achterzijde gebruiken)

3. Cardiologische voorgeschiedenis:

1. Geen
2. Hartkatheterisatie
3. PTCA
4. Hartoperatie
5. Anders:

Datum afspraak:

.....dag.....om.....uur

Cardioloog:.....

Functie afd:.....