

Poradnia Zaburzeń Rytmu Serca i Kontroli Kardystymulatorów

Data zgłoszenia:

ul. Radomska 70 , 27-200 Starachowice

tel. 41 2739064 , 41 2739831 , fax. 41 2739067

e-mail: poradnia.kardio@szpital.starachowice.pl

KARTA KWALIFIKACYJNA DO BADANIA ELEKTROFIZJOLOGICZNEGO / ABLACJI

Imię i nazwisko pacjenta: wiek:

Adres: kod pocztowy: miejscowość:

ul. nr domu: nr mieszkania:

PESEL: nr telefonu do pacjenta:

Rozpoznanie (choroba główna):

.....
.....

Dotychczasowy przebieg choroby i stosowane leczenie:

.....
.....
.....
.....
.....

Zapisy z udokumentowanymi zaburzeniami rytmu / przewodzenia (w załączeniu):

EKG:

i/lub Holter:

.....
.....

Pieczętka i nr telefonu

jednostki zgłaszającej

Pieczętka i podpis lekarza zgłaszającego

.....

WYNIK KWALIFIKACJI:

Zakwalifikowany do:

Termin przyjęcia:

Data kwalifikacji:

Pieczętka i podpis lekarza konsultującego

.....