VERWIJZING DIAGNOSTISCH CENTRUM CARDIOLOGIE ZWOLLE

Isala klinieken, loc. Weezenlanden, t.a.v. Diagnostisch Centrum Cardiologie, Antwoordnr. 2049, 8000 VB Zwolle. Tel.: 038-4242374, Fax.: 038-4243222

Naam: ..... M/V

Adres: .....

Postcode:.....

Woonplaats: .....

Geb. datum: .....

Telefoonnr.: .....

Huisarts: .....

Datum bezoek huisarts: .....

Lengte: .....

Gewicht: .....

Tensie: .....

Risicofactoren: ja / nee

O Hypertensie

O Hypercholesterolemie

O Diabetes Mellitus

Roken : nooit /ooit / ja

Familie anamnese: + / -

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

Gewenst onderzoek:

O ECG in rust

(Indien alleen aanvraag rust ECG, dan patiënt hiervoor rechtstreeks met dit formulier verwijzen naar de afdeling cardiologie, balienr. 43, locatie Weezenlanden, op werkdagen tussen 9.00–11.30 en/of 14.00–15.30 uur)

O ECG in rust + inspanning
O ECG in rust + echocardiogram
O ECG in rust + holtermonitoring
O Directe verwijzing cardioloog, geen functieonderzoek
O Directe verwijzing dyspnoe-spreekuur

Voorkeur locatie: **O** Weezenlanden **O** Kampen **O** 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
      O aanwijzingen diastolisch hartfalen
   6. Ritmestoornissen
   7. Collaps
   8. Overig:.....

2. Status van casus voor huisarts:
   1. Nieuw geval
   2. Recidief / exacerbatie
   3. Oud cq controle

3. Cardiologische voorgeschiedenis:
   1. Geen
   2. Hartcatheterisatie
   3. PTCA
   4. Hartoperatie
   5. Anders: .....

4. Vooraf geschatte kans op aandoening:
   1. Klein
   2. Groot
   3. Onbekend

5. Medicatie: .....
   .....
   .....
   .....

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

Datum afspraak:

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

Cardioloog:.....

Functie afd:.....