

Patient

Nom

Prénom

Rue

NP / Lieu

Date naiss.

Sexe

N° AVS

Téléphone

Mail

Destinataire

GLN

RCC

Mail

Assurance

Adresse

GLN

Loi/Case

Motif du traitem.

Loi

N° d'assuré

N°/Date d'acc.

Date de l'examen

☐ urgente

☐ Patient se présente

☐ Prendre rendez-vous dès le

☐ Rendez-vous pris le

Examen demandé

☐ ECG

☐ ECG 24h

☐ Autre (veuillez préciser)

☐ ECG 72h

☐ ECG à long terme / Holter ECG

☐ Contrôle de tension artérielle 24h

☐ Echocardiographie

☐ Ergométrie de stress

☐ Contrôle du stimulateur cardiaque

☐ Echocardiographie de stress

Indication / Question

Si vous avez des problèmes d'espace, vous pouvez utiliser le champ supplémentaire à la page suivante

Médecin

☐ Médecin = médecin de famille

Mail

GLN

RCC

Tél.

Médecin de famille

☐ Copie des résultats au médecin de fam.

Mail

GLN

RCC

Tél.

Date

Transmission électronique

Remarques