



Anmeldung EKG

24-Stunden-EKG

3-Tage-EKG

7-Tage-EKG

von _____ bis _____

Personalien

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse _____

PLZ/Wohnort _____

Krankenkasse und Versicherungsnummer _____

+ Kopie Krankenkassenkarte _____

Fragestellung

Auftraggeber
(Praxisstempel, Telefon)

Hin-E-Mail

Besten Dank für Ihre klinischen Angaben.
Dies erleichtert die Auswertung des EKGs und ermöglicht mir, Ihnen konkrete
Vorschläge für eine allfällige Therapie oder weitere Abklärungen zu machen.

Dr. med. Michael Abay
Facharzt FMH Kardiologie
Bahnhofstrasse 56
8001 Zürich

Telefon 044 221 35 01
abay@hin.ch