

Patient	CPR-nr.	Sygesikring	
		Gr.1 <input type="checkbox"/>	Gr.2 <input type="checkbox"/>
Navn			
Adr.			
Postnr.			
Tlf.			
Henvissende læge		Ydemr.	
Navn			
Adr.			
Postnr.		Tlf.	
Efter patientens samtykke også svar til: Ydemr. og navn			

HENVISNING TIL ARBEJDSEKG

Indsendes til overlægerne afd. C

Telefon 33744076

Fax 33744081

Samtlige rubrikker skal være udfyldt

HENVISNINGÅRSAG:

- Mistanke om iskæmisk hjertesygdom
- Uafklarede brystmerter
- Vurdering af arbejdskapacitet
- Pensions-/forsikrings sag, betaler:

HAR PATIENTEN

- Venstresidigt grenblok
- Ubehandlet hypertension
- Atrieflimren
- Obstruktiv lungesygdom

FEV 1: FVC:

- Arthrose/claudicatio
- Aldrig cyklet
- Tolk. Sprog:

KORT SYMPTOMBESKRIVELSE:

HJERTEANAMNESE: (AMI, bypassop., ballondilatation, hypertension)

NYLIGT EKG (vedlægges hvis ikke optaget af KPLL)

TIDLIGERE ARBEJDS-EKG

Hvornår:

Hvor:

Resultat:

MEDICIN: Angiv handelsnavn og dosis

) Betablokker:

) Digoxin:

) Calciumantagonist:

) Andet:

) Nitrat:

VÆGT: