

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

## HENVISNING TIL EKKOKARDIOGRAFI

Indsendes til overlægerne afd. C

Telefon 33744076

Fax 33744081

Samtlige rubrikker skal være udfyldt

### HENVISNINGSSÅRSAG:

- Uafklaret dyspnø
- Uafklaret hjerteforstørrelse
- Uafklaret mislyd
- Andet:

) Abnormt ekg {

- tidligere AMI
- hypertrofi
- ST-T forandringer

---

### KORT SYMPTOMBESKRIVELSE:

---

MISLYD VED HJERTESTETOSKOPI      ) JA      ) NEJ

BT:

---

NYLIGT EKG (vedlægges hvis ikke optaget af KPLL)

---

TIDLIGERE EKKOKARDIOGRAFI (vedlæg evt. beskrivelse)

Hvornår:

Hvor:

Resultat:

---

RTG. AF THORAX: (ikke nødvendigt forud for ekko)

Hvornår:

Hvis taget, beskrivelse: