

Anmeldung zur stationären Aufnahme oder ambulanten kardiologischen Diagnostik

Klinik für Kardiologie Chefarzt PD Dr. Klaus Bonaventura, M.A.

*Pat.-Name:
*Vorname:
*Anschrift:
*Telefon:
*Geburtsdatum:
*Krankenversicherung: privat gesetzlich; bei
*Cov19-Impfung:fach geimpft, zuletzt am

Kontakt:

Sekretariat: Frau Rose-Mazander
Telefon: 0331 241-36102
Fax: 0331 241-36100
E-Mail: kardiologie@klinikumevb.de

Untersuchung/Eingriff **Dringlichkeit:** Elektiv Dringlich **Modus:** Ambulant Stationär

Indikation:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herzkatheteruntersuchung | <input type="checkbox"/> Elektrokardioversion |
| <input type="checkbox"/> Schrittmacherimpl. oder <input type="checkbox"/> Aggregatwechsel | <input type="checkbox"/> PVI bei Vorhofflimmern |
| <input type="checkbox"/> ICD-Implantation oder <input type="checkbox"/> Aggregatwechsel | <input type="checkbox"/> Ablation bei Vorhofflattern |
| <input type="checkbox"/> CRT-Implantation oder <input type="checkbox"/> Aggregatwechsel | <input type="checkbox"/> Ablation bei |
| <input type="checkbox"/> Implantation Eventrekorder (KÜ KK erforderlich) | <input type="checkbox"/> Elektrophysiologische Untersuchung (EPU) |
| <input type="checkbox"/> TEE (ambulant) | <input type="checkbox"/> Evaluation oder <input type="checkbox"/> Implantation MitraClip/Carillon |
| <input type="checkbox"/> LAA- oder <input type="checkbox"/> ASD- oder <input type="checkbox"/> PFO-Verschluss | <input type="checkbox"/> Evaluation TAVI (LHK + TAVI-CT) |

Vorerkrankungen/Zustand nach:

- PCI/Stentimplantation** (Datum, Klinik)
- Bypass-OP** (Datum, Klinik)
- PM-/ICD-/CRT-Implantation** (Datum, Klinik)
- Aggregat/Hersteller:**
- Ablation/PVI** (Datum, Klinik)
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Myokardinfarkt | <input type="checkbox"/> Koronare Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Arterielle Hypertonie |
| <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz (GFR<50) | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Adipositas |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Hyperthyreose | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Besiedlung mit multiresistenten Erregern (MRSA, 3MRGN, ESBL) | | |

Medikamente

- | | | | |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Vitamin K-Antagonist | <input type="checkbox"/> NOAK | <input type="checkbox"/> ASS | <input type="checkbox"/> Clopidogrel/Prasugrel/Ticagrelor |
| <input type="checkbox"/> Antiarrhythmikum | <input type="checkbox"/> Betablocker | <input type="checkbox"/> Metformin | <input type="checkbox"/> |

+++ Bitte senden Sie aktuelle Vorbefunde + Laborwerte an o.g. Faxnummer! +++

Unterschrift + Stempel Praxis/Klinik

Datum: Telefon/Fax-Nr.:

Ihre Anmerkungen:

Von Terminierung des EvB auszufüllen:

- Ein Termin für einen prästationären PCR-Covid-Abstrich wurde d. Pat. direkt mitgeteilt.
- Die stationäre **Aufnahme** ist geplant für den _____ auf der Station E6/D6 BELVEDERE (priv.)
- Eine Kontaktaufnahme mit d. Pat. war nicht möglich.

*Pflichtfeld