

<p>Patientendaten:</p> <p>Name, Vorname: Geburtsdatum: Straße, Hausnr.: PLZ, Wohnort: Tel.nr. d. Patienten: Krankenkasse d. Pat.:</p>	<p>Adresse o. Stempel Zuweiser:</p> <p>Telefon- und Faxnummer:</p>
--	--

Kardiologie - Rhythmologie - Kardiovaskuläre Bildgebung
Rückfragen: Tel.: 03731/ 77 2478 Fax: 03731/ 77 2665

Terminwunsch:

Facharzttelefon: 03731/ 77 1900

<p>Indikation und relevante Informationen:</p>	<p>Besonderheiten:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">MRSA:</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">ja</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">nein</td> </tr> <tr> <td>Durchfallerkrankung:</td> <td style="text-align: center;">ja</td> <td style="text-align: center;">nein</td> </tr> <tr> <td>Chronische Wunden:</td> <td style="text-align: center;">ja</td> <td style="text-align: center;">nein</td> </tr> </table>	MRSA:	ja	nein	Durchfallerkrankung:	ja	nein	Chronische Wunden:	ja	nein
MRSA:	ja	nein								
Durchfallerkrankung:	ja	nein								
Chronische Wunden:	ja	nein								

<p>Kardiologie:</p> <p>Dringlicher Verdacht auf koronare Herzerkrankung</p> <p>Koronarangiographie</p> <p>iFR/ FFR/ Intravaskulärer Ultraschall (IVUS) und optische Kohärenztomographie (OCT)</p> <p>Geplante komplexe Koronarintervention inkl. CTO/ Rotablation/ Assistsystem (Impella)</p> <p>Abklärung Kardiomyopahtie/ Myokarditis</p> <p>Kardiale Dekompensation NYHA III/ IV</p> <p>Abklärung Klappenvitien (inkl 3D-TEE/ Stress-Echokardiographie)</p> <p>PFO-/ ASD-Verschluss</p> <p>Interventioneller Vorhofohrverschluss (LAA-Occluder)</p> <p>Interventionelle Mitralklappenrekonstruktion (Mitraclip)</p>	<p>Rhythmologie:</p> <p>Kardioversion</p> <p>Herzschrittmacher-/ ICD-Implantation</p> <p>Herzschrittmacher-/ ICD-Aggregatwechsel</p> <p>Herzschrittmacher-/ ICD-Sondenneuanlage</p> <p>Herzschrittmacher-/ ICD-Sondenrevision</p> <p>Aktuelles Implantat:</p> <p>Aktueller Aggregattyp:</p> <p>Hersteller:</p> <p>Sonden:</p> <p>Eigenrhythmus \geq 40/min: nein ja</p> <p>TTE/TEE vom: mit LVEF: %</p> <p>Bitte folgende Befunde/Ergebnisse übermitteln:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ indikationsbegründendes 12-Kanal-EKG/Langzeit-EKG ▶ Labor: Blutbild, Gerinnung, TSH
---	---

Sonstiges:

Wir bitten um einen Einweisungsschein mit oben genannter Fragestellung (gern gleicher Wortlaut) Der Termin für Ihren Patienten wird Ihnen per Fax oder telefonisch über unser Zentrales Belegungsmanagement mitgeteilt.