

## Anmeldung für kardiologische und angiologische Untersuchungen

Bitte als FAX (0681-406-1019) senden !

Datum:

### PATIENTENDATEN

Name \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_

Versicherung \_\_\_\_\_

gesetzlich  privat

Anmelder:

(Stempel)

Telefonnr. \_\_\_\_\_

**Dringlichkeit:**  Notfall sofort  dringlich  elektiv

**Anmeldung**  Wir wünschen eine Voruntersuchung des o.g. Pat. in der prästationären Sprechstunde

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Koronarangiographie/PTCA                               | <input type="checkbox"/> TEE ( <input type="checkbox"/> amb. <input type="checkbox"/> stat.) <input type="checkbox"/> Elektrische Kardioversion (stat.) |
| <input type="checkbox"/> Hochrisiko PTCA  | <input type="checkbox"/> ASD/PFO- Verschluss  |
| <input type="checkbox"/> Rekanalisation von chronischem Koronarverschluss (CTO) | <input type="checkbox"/> Vorhofohrverschluss  |
| <input type="checkbox"/> Karotisangiographie/PTA                                | <input type="checkbox"/> Endomyokardbiopsie   |
| <input type="checkbox"/> Becken-Bein-Angiographie/PTA                           | <input type="checkbox"/> Schrittmacher/Defibrillator/CRT/Eventrecorder  |
| <input type="checkbox"/> Angiographie/PTA A. subclavia                          | <input type="checkbox"/> Rechtsherzkatheteruntersuchung   |
| <input type="checkbox"/> Angiographie/PTA A. mesenterica                        | <input type="checkbox"/> Abklärung Vitium   |

**Kurzinfo zur Vorgeschichte und Diagnosen:** Bitte amb. Briefe, letzten Koro-/Bypass Befund beifügen.

**Bisher durchgeführte Untersuchungen:**

**Besonderheiten/Bemerkungen/Fragen:**

**Für dringliche Rückfragen werden Sie unter 0681-406-1016 mit dem zuständigen Oberarzt verbunden.**