



ANMELDUNG ZUR

- Herzkatheteruntersuchung
- EPU (z.B. PVI, Istmusablation, AVNRT Ablation, Programmierte Ventrikelstimulation bei unklarer Synkope)
- Schrittmacherimplantation
- Bronchoskopie
- Elektrokardioversion

Patientendaten

Vor und Nachname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon/Kontaktnummer

Versicherung + ggf. Zusatzversicherung

Aktuelle Anamnese/Beschwerden

Kurzinformation (wenn möglich kurzer Arztbrief + Medikamentenplan beilegen)

- | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| z.n. Bypass-Op | <input type="checkbox"/> | Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> | Orale Antikoagulation | <input type="checkbox"/> |
| z.n. Herzklappen-OP | <input type="checkbox"/> | Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> | Ischämienachweis | <input type="checkbox"/> |
| Schrittmacher/Defi Träger | <input type="checkbox"/> | Kontrastmittelallergie | <input type="checkbox"/> | | |
| pAVK | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | | |

Praxis / Unterschrift