

Anmeldung zum Herzkatheter

Patient _____

Telefon: _____
Hausarzt: _____
Krankenkasse: _____



Fax: 0331-95 12 454

Indikation

dringlich ja nein
Wunschtermin (Zeitraum): _____
Notwendiges Labor: kl. BB, Krea, Gerinnung, TSH (bitte Kopie der Befunde mitgeben)

Vorerkrankungen

Myokardinfarkt Diabetes mellitus Nieren-Insuff.
Art. Hypertonie Fettstoffwechselstrg. Adipositas
Z.n. PTCA/Stenting _____ Datum _____
Ort _____

Aktuelle Medikation

Falithrom/OAK Metformin
**CAVE: OAK 5 Tage vor dem Eingriff pausieren und durch Clexane s.c. ersetzen
Metformin bitte 1 Tag vor dem Eingriff absetzen**

Praxis/Klinik

Unterschrift/Stempel _____ Datum _____ Fax-Nummer _____

Terminmitteilung [HK-Labor: St. Josefs-KH Potsdam, Allee nach Sanssouci 7]
Sprechstunde (Praxis): _____ HK-Termin: _____
Datum Uhrzeit Datum Uhrzeit