Anmeldung zur Elektrophysiologischen Untersuchung/Ablation

Patient

_____

_____

_____

_____

Telefon: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____

KARDIOLOGISCHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS
AM PARK SANSSOUCI

Fachärzte f. Innere Medizin/Kardiologie
Dr. med. Hartmut von Ameln
Dr. med. Gerhard Janßen
Dr. med. Uwe Rennhak
Dr. med. Beate Wild

Fax: 0331-95 12 454

Indikation

_____

_____

Vorbefunde

Anfalls-Ekg vorhanden? ☐ nein ☐ ja (bitte mitfaxen)

Bei Vorhofflimmern: ☐ paroxysmal ☐ persistierend

☐ Z.n. Kardioversion

Antiarrhythmikum: _____

☐ effektiv ☐ ineffektiv ☐ unverträglich

Vorerkrankungen

Myokardinfakt ☐ Apoplex ☐ Klappen-OP ☐

Herzschrittmacher ☐ ICD ☐ Hersteller: _____

Z.n. EPU/Ablation _____ _____

Ort Datum

Aktuelle Medikation

Falithrom/OAK ☐ Antiarrhythmika ☐ Betablocker ☐

CAVE: OAK 5 Tage vor dem Eingriff pausieren und durch Clexane s.c. ersetzen

Antiarrhythmika und Betablocker bitte 3 Tage vor dem Eingriff absetzen

Praxis/Klinik

_____ _____ _____

Unterschrift/Stempel Datum Fax-Nummer

Terminmitteilung [stationäre Aufnahme im St. Josefs-KH Potsdam, Allee nach Sanssouci 7]

Sprechstunde (Praxis): _____ _____ Stat. Aufnahme: _____ _____

Datum Uhrzeit Datum Uhrzeit