

# Anmeldung zur Elektrophysiologischen Untersuchung/Ablation

Patient  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Telefon:** \_\_\_\_\_  
**Hausarzt:** \_\_\_\_\_  
**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_



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  
Myokardinfarkt  Apoplex  Klappen-OP   
Herzschrittmacher  ICD  Hersteller: \_\_\_\_\_  
Z.n. EPU/Ablation \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_

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