

Anmeldung zur Rhythmologischen Sprechstunde

Patient

Geb.- Datum:

Telefon- Nr.:

Hausarzt:

Krankenkasse:



Fax: 0331 – 95 13 05 54

Indikation

Dringlichkeit
 ja nein
Wunschtermin (Zeitraum/ Tageszeit): _____

Vorerkrankungen
 Myokardinfarkt Apoplex
 Herzschrittmacher ICD Hersteller: _____
Z.n. EPU/ Ablation _____
Klinik Datum
Z.n. Klappen- OP _____
Klinik Datum

Aktuelle Medikation
 Falithrom/ OAK/ NOAC _____
 Antiarrhythmikum _____
 Betablocker _____

Praxis/ Klinik

Unterschrift Datum Fax- Nummer