

Anmeldung zur Elektrokardioversion

Patient

Geb.- Datum: _____
Telefon- Nr.: _____
Hausarzt: _____
Krankenkasse: _____



Fax: 0331 – 95 13 05 54

Indikation

Vorbefunde
Anfalls-EKG vorhanden? nein ja (Bitte mitfaxen!)
bei Vorhofflimmern : paroxysmal persistierend
Aufklärung erfolgt? nein ja (Bitte EVs mitgeben!)

Aktuelle Medikation

Falithrom/ OAK/ NOAC _____
 Antiarrhythmikum _____
 effektiv ineffektiv unverträglich
 Betablocker _____

Vorerkrankungen

Herzschrittmacher ICD Hersteller _____

Z.n. Kardioversion _____
Klinik Datum

Z.n. EPU/ Ablation _____
Klinik Datum

Praxis/ Klinik

Unterschrift Datum Fax- Nummer