

Anmeldung zur Elektrophysiologischen Untersuchung/ Ablation

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

Z.n. Kardioversion am _____

Aktuelle Medikation

Falithrom/ OAK/ NOAC _____

Antiarrhythmikum _____

effektiv ineffektiv unverträglich

Betablocker _____

Vorerkrankungen

Myokardinfarkt Apoplex Klappen-OP

Herzschrittmacher ICD Hersteller _____

Z.n. EPU/ Ablation _____

Klinik Datum

Praxis/ Klinik

Unterschrift Datum Fax- Nummer