

DRK Kliniken Berlin Westend
 Klinik für Innere Medizin – Kardiologie
 Spandauer Damm 130, 14050 Berlin
 Tel.: (030) 3035 - 4305
 Fax: (030) 3035 - 4309
 E-Mail: kardiologie-westend@drk-kliniken-berlin.de

Absender:

Fax-Nr.:

Anmeldung Invasive Kardiologie

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
 bitte füllen Sie das Formular aus und senden uns das Dokument per **Fax: (030) 3035 – 4309** zu.

Patientendaten

| | |
|----------------------|----------------------|
| Name/Vorname: | Geburtsdatum: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Anschrift: | Krankenkasse: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Telefon: | Wahlleistungen: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Diagnose und Fragestellung:

Anmeldung zur

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Links-/Rechtsherzkatheter | <input type="checkbox"/> PFO-Verschluss |
| <input type="checkbox"/> Vorbereitung TAVI | <input type="checkbox"/> Vorbereitung Mitralclip |
| <input type="checkbox"/> LAA – Vorhofrohr-Verschluss | <input type="checkbox"/> Schrittmacherimplantation |
| <input type="checkbox"/> Abklärung strukturelle Herzerkrankung (Kardio-CT/-MRT) nach Rücksprache unter Telefon: 0152 0157 4311 | <input type="checkbox"/> ICD /CRT-D(P)/ CCM-Implantation |
| <input type="checkbox"/> Pulmonalisangiographie | Pulmonale Hypertonie Sprechstunde (§116) Bitte Anmeldung unter Telefon: (030) 3035 - 4347 |

Kurzinformationen

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Z. n. Bypass-OP | <input type="checkbox"/> Medikamentenplan | <input type="checkbox"/> KM-Allergie |
| <input type="checkbox"/> SM-/AICD-Träger | <input type="checkbox"/> EKG | <input type="checkbox"/> Ischämienachweis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Z. n. Klappen-OP | <input type="checkbox"/> TTE |
| <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Metformin | <input type="checkbox"/> Labor (BB, INR, Kreatinin Natrium, Kalium, TSH) |
| <input type="checkbox"/> Orale Antikoagulation | <input type="checkbox"/> Hyperthyreose | |
| sonstiges: | | |

Voruntersuchungen (falls vorhanden: frühere Herzkatheterbefunde mit CD, kardiologische Befunde mitgeben; CT-Thorax mit CD)

Bitte dem Patienten eine Krankenhauseinweisung ausstellen! Patienten bitte nüchtern bleiben!

Wird von der Klinik ausgefüllt:

Vorstationärer Termin geplant am:

Stationäre Aufnahme geplant am: