



- Anmeldung zur Herzkatheteruntersuchung**
 Anmeldung zur stationären Abklärung

an der Kreisklinik Bad Reichenhall - Kardiologie
 Chefarzt Prof. Dr. med. M. Lehrke
 Fax: 08651-772 188

Indikation:	V.a. auf stenosierende KHK	<input type="checkbox"/>
	Klappenvitium	<input type="checkbox"/>
	Eingeschränkte LV-Funktion	<input type="checkbox"/>

Dringend Rückruf erbeten Bitte den Patienten direkt zur Terminvereinbarung kontaktieren
 (Termin wird den Zuweisern mitgeteilt)

Anmeldung:	Praxis	<input type="checkbox"/>	Name:
	Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	Name:
Adresse:			
Tel.-Nr.:		Fax-Nr.:	

Patient Vor- Nachname:	geb.:
Adresse:	
Tel.-Nr.:	GKV:
	PKV:

Aktuelle Anamnese:

Besonderheiten (z.B. Ischämienachweis):

- | | | | | |
|--------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| Z. n. Bypass-Operation | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | wann: | wo: |
| Klappenvitium | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja - Aortenklappe | <input type="checkbox"/> | Mitralklappe <input type="checkbox"/> |
| Linksventrikuläre Pumpfunktion | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | | |
| Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Kreatinin: | | |
| Insulinpflichtiger Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | |
| Metformin-Therapie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | |
| Kontrastmittelallergie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | |
| Antikoagulation mit Marcumar | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | |
| Angeborene Herzfehler (EMAH) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | |
| Echokardiografischer Befund | <input type="checkbox"/> | liegt vor und wird dem Patienten mitgegeben | | |

Datum:

Unterschrift: