

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

bitte füllen Sie die gekennzeichneten Formularfelder am Bildschirm aus. Anschließend das Formular entweder ausdrucken und faxen an 030 / 450 513 947 oder alternativ das Formular am Bildschirm ausfüllen und durch direkten Klick auf pm-kardio-cbf@charite.de senden. Vielen Dank !

Campus Benjamin Franklin
Hindenburgdamm 30
12203 Berlin **Anmeldung:**
Telefon: 030/450 513 747/-715
Telefax: 030/450 513 947

Anmeldung zur:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzkatheter - Koronarangiographie | <input type="checkbox"/> EPU - bei SVT / Herzrasen |
| <input type="checkbox"/> Angiographie / PTA | <input type="checkbox"/> EPU - PVI bei Vorhofflimmern |
| <input type="checkbox"/> renale Denervation | <input type="checkbox"/> EPU - bei VT / VES |
| <input type="checkbox"/> Schrittmacherimplantation | <input type="checkbox"/> EPU - bei Synkope |
| <input type="checkbox"/> ICD / CRT-D(P) / CCM - Implantation | <input type="checkbox"/> LAA - Verschluss (*1) |
| <input type="checkbox"/> Ereignisrekorderimplantation | <input type="checkbox"/> Vorbereitung TAVI |
| <input type="checkbox"/> Kipptisch | <input type="checkbox"/> Vorbereitung Mitralclip |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusprechstunde | <input type="checkbox"/> Koronar - CT |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienzprechstunde (§116) | <input type="checkbox"/> Kardio - MRT |
| <input type="checkbox"/> Kardioversion | <input type="checkbox"/> <input style="width: 200px; height: 15px;" type="text"/> |

Patient:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Anschrift Patient:		Telefon Patient:
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Versicherung:	Besonderheiten (Unterbringung, z.B. MRSA...):	
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	
Anmeldung durch (Praxis/Klinik):		
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>		
Indikation / Fragestellung:		
<input style="width: 95%; height: 40px;" type="text"/>		

Anamnese:	
Voruntersuchungen (bei EPU: Anfalls-EKG und Ruhe-EKG mitfaxen / Vorbefunde mitgeben):	
vorstationärer Termin erforderlich ?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein (bitte Rücksprache, ob Direktaufnahme möglich)
	1. Aufklärung erfolgt ? 2. Patient vorbereitet ? <ul style="list-style-type: none"> • Gerinnung ? • β-Blocker-/AA-Pause ? • Niereninsuffizienz ? • TSH ? • Zugangsweg geklärt ? • Sinusrhythmus ? • Patient nüchtern ? 3. aktuelles Labor liegt vor ?
Direktaufnahme / -übernahme (nur nach telefonischer Rücksprache mit Anmeldung oder Oberarzt):	
Terminvorstellung:	Rückfragen unter Telefonnummer:
Terminabsprache über: <input type="checkbox"/> Praxis / Klinik <input type="checkbox"/> mit Patienten	

wird von der Klinik ausgefüllt und ggf. zurückgefaxt:	
vorstationärer Termin geplant am:	stationäre Aufnahme geplant am:
	geplante Station:

(*1) LAA Verschluss - Verschluss des linken Vorhofohres bei Vorhofflimmern mit Indikation zur Antikoagulation und Blutungsereignis bzw. hohem Blutungsrisiko