Anmeldung und Planung
Rhythmusimplantate Kardiologie

Kreiskrankenhaus Freiberg
gemeinnützige GmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus
an der Technischen Universität Dresden

Patientendaten: ggf. Patientenaufkleber aufkleben

Adresse o. Stempel Zuweiser:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Tel.nr. d. Patienten: _____

Telefonnr. für Rückfragen: _____

Allergien: _____

Dringlichkeit/Terminwunsch: _____

Diagnose: _____

Kurzanamnese:

Fragestellung:

Art der OP:

- ☐ HSM
  - ☐ Neuimplantation
  - ☐ Wechsel
  - ☐ Sondenrevision
  - ☐ Aggregat-Verlagerung
  - ☐ CRT-Indikation
- ☐ ICD
  - ☐ Neuimplantation
  - ☐ Wechsel
  - ☐ Sondenrevision
  - ☐ Aggregat-Verlagerung
  - ☐ CRT-Indikation
- ☐ Eventrecorder
  - ☐ Implantation
  - ☐ Explantation

Bei Aggregatwechsel bitte zusätzlich angeben:

Aktueller Aggregattyp: _____

Hersteller: _____

Programmierung: ☐ unipolar ☐ bipolar ☐ sonstiges: _____

Eigenrhythmus ≥ 40/min: ☐ nein ☐ ja

TTE/TEE vom: _____ mit LVEF: _____ %

Bitte folgende Befunde/Ergebnisse übermitteln:
- ► indikationsbegründendes 12-Kanal-EKG/Langzeit-EKG
- ► Labor: Blutbild, Gerinnung, TSH

Vom Operateur auszufüllen: Indikation bestätigt: ☐ ja ☐ nein

Passageres Pacing: ☐ ja ☐ nein

Zu implantierendes Device: _____

Besondere Merkmale/ Voruntersuchungen/ Bemerkungen:

☐ nein ☐ ja, und zwar:

Termin: _____

Aufnahme: ☐ ambulant ☐ stationär

Datum _____ Stempel u. Unterschrift d. Arztes _____

Vom ZBM auszufüllen:

Bei Wechsel bitte Termin in Ambulanz zur Abfrage prästationär, falls noch nicht erfolgt!

Vorstationär: _____ _____ Aufnahmetermin: _____ _____

Anmeldung und Planung Rhythmusimplantate Kardiologie