

**Patientendaten:**

Name, Vorname:  
Geburtsdatum:  
Straße, Hausnr.:  
PLZ, Wohnort:  
Tel.nr. d. Patienten:

**Adresse o. Stempel Zuweiser:**

Telefonnr. für Rückfragen:

**Allergien:**

**Dringlichkeit:**                      elektiv                                      dringend, bis:

**Diagnose:**

**Kurzanamnese:**

**Indikation:**

**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  $\geq 40/\text{min}$ :                      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

Besondere OP-Merkmale:                      ja, und zwar:  
nein

Zu implantierendes Device:

Termin:                                       $\leq 24 \text{ h}$                                        $\leq 2 \text{ Wochen}$                                        $\leq 3 \text{ Monate}$

Datum

Stempel u. Unterschrift d. Arztes

Vom ZBM auszufüllen:

Vorbereitung amb. OP:

Vorstationär:

Aufnahmeterrin:

geplanter OP-Terrin: