



# Anmeldung Herzkatheter



**Patientendaten:**

**Telefon-Nr.** \_\_\_\_\_

**Herzkatheterlabor**

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	Einweisende Praxis:          Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Name, Vorname des Versicherten							
geb. am							
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status				
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum				

Hr. Prof. Dr. Krötz  
 Ltd. Arzt Invasive  
 Kardiologie  
 Medizinische Klinik  
 ☎ (0 81 51) 18 - 2535  
 Fax (0 81 51) 18 - 2584

**Versicherung:** \_\_\_\_\_

**Wahlleistung:** Allgemein  1-Bett-Zimmer  2-Bett-Zimmer  Residence  Wahlarztbehandlung  ambulant

**Aufnahmedatum:** \_\_\_\_\_ **Uhrzeit:** \_\_\_\_\_ **Datum Herzkatheteruntersuchung:** \_\_\_\_\_

**Geplante Herzkatheteruntersuchung:** \_\_\_\_\_

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

**EKG vorhanden (?):** Ja  Nein

Aktuelles **Labor** (wenn möglich nicht älter als 14 Tage; Quick, INR, TSH, Krea, PTT, kl. BB, E'lyte)

**Einwilligungserklärung:** 24 Stunden im voraus, auch durch uns möglich - Termin: \_\_\_\_\_

**Rückruf Oberarzt erwünscht:** Ja  Nein

Anamnestische Dokumentation				Symptome		
	Ja	Nein	Wenn ja, wann	Ja	Nein	
Vor-HK				AP		
Z. n. Stent				Ischämietest (z. B. Bel.-EKG)		
Z. n. Bypass-OP				Dyspnoe		
Diabetes				Rhythmusstörung		
Niereninsuffizienz						
Allergien:	Sonstiges:					

**Medikamente:** \_\_\_\_\_

Metformin  Marcumar/ Heparin (wenn möglich pausieren; Quick > 50)

**Waren Sie schon einmal bei uns im Herzkatherlabor:** Ja  Nein

**Besonderheiten / Bemerkungen:** \_\_\_\_\_