

**Anmeldung Abteilung Herzkatheter Ambulanz**

Faxnummer **06181-296-6130**

Telefon (06181) 296-4181

E-Mail [kardiologie@klinikum-hanau.de](mailto:kardiologie@klinikum-hanau.de)

Datenschutzerklärung (EU- DSGVO) Hiermit bestätigen wir, dass unser Faxgerät mit der oben genannten Faxnummer vor dem Zugriff unberechtigter Personen geschützt ist.

|   |                          |
|---|--------------------------|
| <b>Anmeldung zur Herzkatheteruntersuchung</b>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>Anmeldung zur Device- Therapie<br/>(Schrittmacherimplantation, ICD- CRT-<br/>Implantation)</b> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Anmeldung Herzinsuffizienzsprechstunde nach<br/>§116b (ab NYHA Stadium III)</b>                | <input type="checkbox"/> |

Anforderungsdatum: \_\_\_\_\_ akut  frühelektiv  elektiv

Patient Vor- Nachname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**KRANKENKASSE:**

|                          |                          |                       |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| <b>VERSICHERUNG:</b>     |                          | <b>Praxisstempel:</b> |
| <b>PRIVAT:</b>           | <input type="checkbox"/> |                       |
| <b>ZUSATZ Stationär:</b> | <input type="checkbox"/> |                       |
| <b>GESETZLICH:</b>       | <input type="checkbox"/> |                       |

**Herzkatheteruntersuchung:**  
Indikatoren:

- V.a. KHK
- Abklärung Vitium Cordis
- Abklärung Herzinsuffizienz
- Bek. KHK (bitte Vorbefunde beifügen)

Nähere Angaben:

**Device- Therapie:**

- Erstimplantation
- Aggregatwechsel
- Revision/ Systemumstellung

Nähere Angaben:

**Herzinsuffizienzprechstunde §116b:**

- Erstanbindung

Bitte Vorbefunde möglichst vorab zusenden

Nähere Angaben:

CNI (KREA): KM- Allergie: ATB- Allergie: (N)OAK: 

Eine Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht nach der EU- DSGVO liegt vor.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Arzt: \_\_\_\_\_

**Folgende Unterlagen sind am Tag der Vorbereitung zwingend erforderlich:**

- **Verordnung von Krankenhausbehandlung** bei Device- Versorgung
- **Überweisung** bei Herzkatheteruntersuchung
- **Überweisung nach §116b** für Herzinsuffizienzprechstunde
- Aktueller Medikamentenplan
- Arztbrief/Befunde
- Ggf. Dolmetscher
- Wenn eine gesetzliche Betreuung vorliegt, kann der Patient nur im Beisein des Betreuers aufgeklärt werden.
- Nach Möglichkeit eine Begleitperson mit bringen ( wichtig für ältere Patienten)