

Rhythmologie/EPU Dr. G. Groschup	<b>Einweiser- und Patienteninformation</b> <b>Rhythmologie</b> <small>Formular extern</small>	Medizinische Klinik IV
-------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------

## Rhythmologie / EPU CA Dr. Groschup

☎ (06181) 296-4480    📠 (06181) 296-4111

<b>Name, Vorname:</b>	<b>Telefon/Mobil:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Krankenkasse:</b> <span style="float: right;">PKV <input type="checkbox"/></span>
<b>Überweiser:</b>	<b>Hausarzt:</b>

<b>Diagnose:</b>	<input type="checkbox"/> Vorhofflimmern	<input type="checkbox"/> paroxysmal	<input type="checkbox"/> persistierend	
	<input type="checkbox"/> Vorhofflattern	<input type="checkbox"/> typisch	<input type="checkbox"/> atypisch	
	<input type="checkbox"/> SVT	<input type="checkbox"/> AVNRT	<input type="checkbox"/> FAT	<input type="checkbox"/> WPW
	<input type="checkbox"/> VT ischämisch	<input type="checkbox"/> RVOT	<input type="checkbox"/> LVOT	
	<input type="checkbox"/> AV-Block	<input type="checkbox"/> Sick-Sinus-Syndrom		
	<input type="checkbox"/> Synkope	<input type="checkbox"/> Sonstiges		

<b>Therapie:</b>	<input type="checkbox"/> EPU/ Ablation	<input type="checkbox"/> 3 D-Mapping	<input type="checkbox"/> transeptal	
	<input type="checkbox"/> Pulmonalvenenisol.	<input type="checkbox"/> Cryo-PVI	<input type="checkbox"/> RF-Ablation	
	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	_____ Kammer	<input type="checkbox"/> Neu <input type="checkbox"/> Battw.	<input type="checkbox"/> Revision/Sonde
	<input type="checkbox"/> Defibrillator	_____ Kammer	<input type="checkbox"/> Neu <input type="checkbox"/> Battw.	<input type="checkbox"/> Revision/Sonde
	<input type="checkbox"/> Behandlung	<input type="checkbox"/> stationär		
	<input type="checkbox"/> Vorhofohrverschluss	<input type="checkbox"/> Elektrokardioversion		

**Vorbefunde:**

Tachykardie-EKG     ja     nein    Echobefund     ja     nein

**Geplante Untersuchung(en):**

EKG     TEE für \_\_\_\_\_ anmelden     Echo für \_\_\_\_\_ anmelden  
 Herzschrittmacher-Abfrage     ICD-Abfrage     Eventrecorder-Abfrage für \_\_\_\_\_ anmelden  
 Röntgen-Thorax    Bitte für \_\_\_\_\_ anmelden    Sonstiges:

### Information für Patient, Hausarzt und Überweiser

- Patient wurde durch Rhythmologie/EPU-Terminierung über den Aufnahmetermin informiert
- Patient bitte durch den Überweiser / Hausarzt über den Aufnahmetermin informieren
- Patient wurde auf das Recht auf eine Zweitmeinung und das Patientenmerkblatt des GBA (Download auf der Homepage) hingewiesen**

**Gerinnungshemmer – OAK**

Apixaban     Dabigatran     Edoxaban     Rivaroxaban    einnehmen bis \_\_\_\_\_  
 Marcumar (Ablation/Operation bei therapeutischem INR-Ziel: 2 – 2,5)  
 ASS/ Iscover/ Plavix/ Brilique etc. ⇒ Bei Operationen (wenn vertretbar) 5 Tage vorher absetzen

**Antiarrhythmika**

Vorhofflattern und Vorhofflimmern unverändert fortsetzen  
 AVNRT/ WPW/ FAT etc. mindestens 3 Tage vorher absetzen (\_\_\_\_\_)

**Antidiabetika**

Metformin bitte 2 Tage vor stationärer Aufnahme absetzen

**Aufnahmetermin**

**Ambulante/ prästationäre Vorstellung** am \_\_\_\_\_, um \_\_\_\_\_ Uhr  
Bitte melden Sie sich     EKG-Anmeldung     Herzkatheter-Ambulanz (HKA)  
 **Stationäre Aufnahme** am \_\_\_\_\_, um \_\_\_\_\_ Uhr  
Bitte melden Sie sich     Herzkatheter/Tagesklinik     Station: \_\_\_\_\_  
⇒ Nüchtern ja  nein

**Bitte mitbringen:**



Stationäre Einweisung, Versicherungskarte, Medikamentenplan, Ausweise (Marcumar, Herzschrittmacher/ ICD, Allergie etc.)

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_