

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

Rhythmologie / EPU CA Dr. Groschup

☎ (06181) 296-4480 📠 (06181) 296-4111

Name, Vorname:	Telefon/Mobil:
Geburtsdatum:	Krankenkasse: PKV <input type="checkbox"/>
Überweiser:	Hausarzt:

Diagnose:	<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		

Therapie:	<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 Aufnahmetag informiert
- Patient bitte durch den Überweiser / Hausarzt über den Aufnahmetag informieren

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

Aufnahmetag

- 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, Versichertenkarte, Medikamentenplan, Ausweise (Marcumar, Herzschrittmacher/ ICD, Allergie etc.)

Datum: _____ **Unterschrift:** _____