

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"/> VT ischämisch	<input type="checkbox"/> RVOT	<input type="checkbox"/> LVOT
	<input type="checkbox"/> AV-Block	<input type="checkbox"/> Sick-Sinus-Syndrom	<input type="checkbox"/> WPW
	<input type="checkbox"/> Synkope	<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Therapie:	<input type="checkbox"/> EPU/ Ablation	<input type="checkbox"/> 3 D-Mapping	<input type="checkbox"/> transseptal
	<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"/> Defibrillator	_____ Kammer	<input type="checkbox"/> Neu <input type="checkbox"/> Battw.
	<input type="checkbox"/> Behandlung	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> Revision/Sonde
	<input type="checkbox"/> Vorhofohrverschluß	<input type="checkbox"/> Elektrokardioversion	<input type="checkbox"/> Revision/Sonde

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 Aufnahme Termin informiert
☐ Patient bitte durch den Überweiser / Hausarzt über den Aufnahme Termin 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 (_____)

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 bereits zum 1. Termin (Vorgespräch) mitbringen,
 Versichertenkarte, Medikamentenplan, sofern vorhanden Ausweise (Marcumar, Herzschrittmacher/ ICD, Allergie etc.)

Datum: _____ Unterschrift: _____