

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"/> WPW
	<input type="checkbox"/> Vorhofflimmern	<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"/> Synkope	<input type="checkbox"/> Sonstiges		

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

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

- Vorhofflimmern 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.)