Rhythmologie/EPU Medizinische Klinik IV Dr. med. G. Groschup	**Einweiser- und Patienteninformation Rhythmologie** Formular extern	

Rhythmologie / EPU CA Dr. med. Groschup

☎ (06181) 296-4181 🖷 (06181) 296-6130

Name, Vorname:	**Telefon/Mobil:**
Geburtsdatum:	**Krankenkasse:** **PKV** ☐
Überweiser:	**Hausarzt:**

Diagnose:

☐ **Vorhofflimmern**	☐ paroxysmal	☐ persistierend		
☐ **Vorhofflattern**	☐ typisch	☐ atypisch		
☐ **SVT**	☐ AVNRT	☐ FAT	☐ WPW	
☐ **VT ischämisch**	☐ RVOT	☐ LVOT		
☐ **AV-Block**	☐ Sick-Sinus-Syndrom			
☐ **Synkope**	☐ Sonstiges			

Therapie:

☐ **EPU/ Ablation**	☐ 3 D-NavX	☐ transseptal		
☐ **Pulmonalvenenisol.**	☐ Cryo	☐ RF-Ablation		
☐ **Herzschrittmacher**	_____Kammer	☐ Neu	☐ Battw.	☐ Revision/Sonde
☐ **Defibrillator**	_____Kammer	☐ Neu	☐ Battw.	☐ Revision/Sonde
☐ **Behandlung**	☐ stationär	☐ medikamentöse		
☐ **Vorhofohrverschluß**	☐ **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

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

⇨ Bei EPU weiter nehmen

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 an der Information anmelden, danach in die elektive Aufnahme (Ebene 0) gehen.

☐ **Stationäre Aufnahme am_____, um_____Uhr auf Station XX**

⇨ Nüchtern ja ☐ nein ☐

Bitte mitbringen:

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

Datum:_____ **Unterschrift:**_____