

<b>Patientenaufkleber</b>	Hausarzt:
	Kardiologe/Facharzt:
	<b>WICHTIG!</b> Telefon Patient:
<b>Kardiologie - Rhythmologie - Kardiovaskuläre Bildgebung – Angiologie</b> <b>Terminvereinbarung/Rückfragen: Tel: 0371 333-42 300 Fax: 0371 333-42 304</b> <b>casemanagement.kardiologie@skc.de</b>	
<b>Terminwunsch:</b>	
<b>Notfall:</b> Herzinfarkt: STEMI-Tel: 0152-547 249 17 Herzrhythmusstörung: Rhythmus hotline: 0173-604 02 15	
<b>Indikation:</b>	<b>Besonderheiten</b> MRSA <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein Durchfallerkrankung <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein Chron. Wunden <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein Sonstiges
<b>Kardiologie</b> <input type="checkbox"/> Dringlicher Verdacht koronare Herzerkrankung (inkl. Koronar-CT und Stress-MRT) <input type="checkbox"/> Koronarangiographie inkl. FFR mit/ohne Rechtsherzkatheter <input type="checkbox"/> Geplante komplexe Koronarintervention inkl. CTO/Rotablation/Assistsystem <input type="checkbox"/> Abklärung Kardiomyopathie/Myokarditis (inklusive MRT) <input type="checkbox"/> Kardiale Dekompensation NYHA III/IV <input type="checkbox"/> Abklärung Klappenvitien (inkl 3D-TEE/Stress-Echokardiographie) <input type="checkbox"/> PFO-Verschluss <input type="checkbox"/> Interventioneller Vorhofohrverschluss (LAA-Occluder) <input type="checkbox"/> Interventionelle Mitralklappenrekonstruktion (Mitraclip) <input type="checkbox"/> TASH (bei HOCM)	<b>Rhythmologie</b> <input type="checkbox"/> Kardioversion <input type="checkbox"/> Vorhofflimmerablation <input type="checkbox"/> EPU/ Ablation von: supraventrikulären/ ventrikulären Tachykardien <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher-/ICD-Implantation <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher-/ICD-Aggregatwechsel
	<b>Angiologie</b> <input type="checkbox"/> Diagnostik pAVK <input type="checkbox"/> Diagnostik viszeraler Gefäße, inkl. Nierenarterien <input type="checkbox"/> PTA periphere Arterien <input type="checkbox"/> Diagnostik bei Stenosen HVA / supraaortale Gefäße (z.B. Subclaviastenose) <input type="checkbox"/> Vaskulitisiagnostik
	<b>Praxisstempel (bitte mit Faxnummer)</b>

**Wir bitten um einen Einweisungsschein mit oben genannter Fragestellung (gern gleicher Wortlaut)**  
**Der Termin für Ihren Patienten wird Ihnen per Fax oder telefonisch mitgeteilt.**