

<u>Patientendaten</u>	Hausarzt: <input style="width: 80%;" type="text"/>
Nachname: <input style="width: 80%;" type="text"/>	Kardiologe/Facharzt: <input style="width: 80%;" type="text"/>
Vorname: <input style="width: 80%;" type="text"/>	WICHTIG! Telefon Patient und Krankenkasse: <input style="width: 80%;" type="text"/>
Geb.-Datum: <input style="width: 80%;" type="text"/>	

Kardiologie - Rhythmologie - Kardiovaskuläre Bildgebung – Angiologie
Terminvereinbarung/Rückfragen: Tel: 0371 333-42 300 Fax: 0371 333-42 304
 casemanagement.kardiologie@skc.de

Terminwunsch: <input style="width: 80%;" type="text"/>

Notfall: Herzinfarkt: STEMI-Tel.: 0152-547 249 17 **Herzrhythmusstörung:** Hotline: 0173-604 02 15

Indikation und relevante Informationen:

Besonderheiten

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| MRSA | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Durchfallerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Chronische Wunden | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Kardiologie

- Dringlicher Verdacht auf koronare Herzerkrankung (inkl. Koronar-CT und Stress-MRT)
- Koronarangiographie inkl. FFR mit/ohne Rechtsherzkatheter
- Geplante komplexe Koronarintervention inkl. CTO/Rotablation/Assistsystem
- Abklärung Kardiomyopahtie/Myokarditis (inklusive MRT)
- Kardiale Dekompensation NYHA III/IV
- Abklärung Klappenvitien (inkl 3D-TEE/Stress-Echokardiographie)
- PFO-/ASD-Verschluss
- Interventioneller Vorhofohrverschluss (LAA-Occluder)
- Interventionelle Mitral- u. Tricuspidalklappenrekonstruktion (Mitraclip/TriClip)
- TASH (bei HOCM)

Rhythmologie

- Kardioversion
- Vorhofflimmerablation
- EPU/ Ablation von: supraventrikulären/ventrikulären Tachykardien
- Herzschrittmacher-/ICD-Implantation
- Herzschrittmacher-/ICD-Aggregatwechsel

Angiologie

- Diagnostik pAVK
- Diagnostik viszeraler Gefäße, inkl. Nierenarterien
- PTA periphere Arterien
- Diagnostik bei Stenosen HVA / supraaortale Gefäße (z.B. Subclaviastenose)
- Vaskulitisdiagnostik

Praxisstempel (bitte mit Faxnummer)

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