

<b>Patientendaten</b>	Hausarzt: <input type="text"/>
Nachname: <input type="text"/>	Kardiologe/ Facharzt: <input type="text"/>
Vorname: <input type="text"/>	<b>WICHTIG!!!</b> Telefon und Krankenkasse: wenn privatversichert -> Chefarztbehandlung?    Ja            Nein
Geb.-Datum: <input type="text"/>	
Adresse: <input type="text"/>	
<b>Kardiologie - Rhythmologie - Kardiovaskuläre Bildgebung – Angiologie</b> <b>Terminvereinbarung/Rückfragen: Tel: 0371 333-42 300 Fax: 0371 333-42 304</b> <b>E-Mail: casemanagement.kardiologie@skc.de</b> <b>(Anmeldung Gefäßchirurgie: Tel.: 0371 333-44000 Fax 0371 333-44001, E-Mail: TGE-Portal@skc.de)</b>	

<b>Terminwunsch:</b> <input type="text"/>
---

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

**Indikation und relevante Informationen:**

**Besonderheiten**

MRSA	Ja	Nein
Durchfallerkrankung	Ja	Nein
Chronische Wunden	Ja	Nein
respiratorischer Infekt	Ja	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

**Kontextfaktoren für stationäre Aufnahme:**

Niereninsuffizienz GFR < 60

Dialyse	Mo-Mi-Fr	Di-Do-Sa
---------	----------	----------

NYHA III oder IV                      allein lebend

Pflegegrad 4 oder 5                      Schwerbeschädigt > 50%

sonstiges:

schwere kognitive oder motorische Einschränkung                      \_\_\_\_\_

**Praxisstempel (bitte mit Faxnummer)**


**Bitte übersenden Sie uns ggf. vorhandene Vorbefunde (Epikrise, TTE,...). Dies ermöglicht uns eine zielgenauere Planung.**

**Wir bitten um Ausstellung eines Einweisungsschein mit oben genannter Fragestellung (gern gleicher Wortlaut). Der Termin für Ihren Patienten wird Ihnen per Fax oder E-Mail mitgeteilt.**