



## Elektive Herzkatheter — Anmeldung

Sehr geehrte Damen und Herren, um die internen Abläufe zu optimieren und Ihnen einen besseren Service bieten zu können, bitten wir um Ihre Mithilfe. Folgende Daten erleichtern uns die Planung.

**Notfälle bitte weiterhin telefonisch melden!** Im Voraus vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen,  
Ihr Patientenmanagement der Kardiologie

**Patient:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Versicherungsstatus:  RL  Privat + Chef  SZ  
 stat. Zusatzvers. + Chef

**Praxis / Klinik:**

Tel.:

**Ansprechpartner:**

Fax:

Bitte faxen an:  
**06221 56-8995**

Bei Rückfragen:  
**06221 56-8693**

Praxis/Klinik-Stempel

**Gewünschter Untersuchungszeitpunkt:**

innerhalb 1 Woche  innerhalb 2 Wochen  innerhalb 3 Wochen  elektiv planbar

**Gewünschte Untersuchungen:**

Linksherzkatheter / PTCA  
 Rechtsherzkatheter  
 ASD / OFO Verschluss  
 LV – Biopsie  
 RV – Biopsie  
 Perikardpunktion  
 transsept. Punktion

**Diagnosen:**

Akutes Koronarsyndrom  
 V.a. KHK / V.a. Progress  
 PAH  
 post HTX  
 andere:

Die transseptale Punktion wird bei Aortenstenose, Mitralstenose, HOCM und Perikarditis constrictiva benötigt.

**Relevante Nebendiagnosen:**

**Besonderheiten:**

Dialyse:  Nein  Ja

Bypass:  Nein  Ja (Pläne vorhanden?  Ja  Nein)

Isolation:  Nein  Ja (Isolationsgrund: MRSA / VRE / MRGN / Noro / ESBL / Clostridien / andere \_\_\_\_\_ )

Marcumar:  Nein  Ja (Abgesetzt:  Ja  Nein)

VHF:  Nein  Ja

**Aufklärung:**

Eine Aufklärung in der Kardiologischen Ambulanz wird gewünscht.

Pat. wird von Ihnen aufgeklärt

**Pflegerische Besonderheiten:**

Pat. selbstständig (Körperpflege, Mobilisation,)

Pat. benötigt Unterstützung (Teilkörperpflege, Hilfe bei Mobilisation)

Pat. muss pflegerisch versorgt werden (Ganzkörperpflege, Lagerung)

Pat. hat Heimsauerstofftherapie oder CPAP-Gerät

Pat. hat zu versorgende Verbände (Cystofix, PEG; Tracheostoma, offene Wunden,...)

Wenn ja, was? \_\_\_\_\_