

Anmeldung zur Elektrophysiologischen Untersuchung / Ablation



Klinikum Brandenburg

Hochschulklinikum der MHB
Theodor Fontane

Telefon:
03381 / 41-1500

Fax:
03381 / 41-1509

Email:
innere.med.1@klinikum-brandenburg.de

Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH
Zentrum für Innere Medizin I
Hochschulklinik für Kardiologie und Pulmologie
Hochstraße 29
14770 Brandenburg an der Havel

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Wir bitten Sie für die Indikationsstellung und Planung der Untersuchung / Intervention um die folgenden Angaben bzw. Veranlassung der folgenden Voruntersuchungen:

Indikation

Kurzinformation (Auswahl)

- Charakteristische Palpitationen
- Rezidivierendes Herzrasen
- Z. n. Reanimation
- Rezidivierende Synkopen
- Dokumentierte Tachykardien
- Vorhofflattern, Vorhofflimmern

Dringlichkeit sofort (heute) innerhalb von 14 Tagen innerhalb von 4 Wochen

Zusätzliche Angaben (z.B. kardiale Grunderkrankung; Symptome seit wann; Medikamenten-Anamnese)

Voruntersuchungen (Befunde bitte in Kopie mitgeben)

- EKG, wenn vorhanden auch Anfalls-EKG
- Labor
 - Quick / INR
 - kleines Blutbild
 - Elektrolyte
 - TSH

soweit erforderlich / vorhanden

- Langzeit-EKG
- Echokardiographie
- Ergometrie-Befund
- Herzkatheter-Befund
- Befund früherer EPU (Datum, wo durchgeführt)

Bitte beachten

- INR muss zur Untersuchung < 1,8 (Quickwert > 45%) sein.
- **Antiarrhythmika inklusive Betarezeptoren-Blocker zwei Tage vor der Untersuchung absetzen** (bei Risiko-Patienten sowie Patienten unter Amiodarone bitten wir um telefonische Rücksprache)

Stempel / Unterschrift
Arzt / Hausarzt