

Anmeldung in der Klinik für Rhythmologie und klinische Elektrophysiologie

Telefon: 0 38 43 - 34 14 35 | E-Mail: rhythmologie@kmg-kliniken.de

Name: _____

Hausarzt: _____

Geburtsdatum: _____

Zuweiser: _____

Adresse: _____

Kardiologie: _____

Privatversichert:

Rhythmusstörung

Grunderkrankung

CHADsvasc

- Herzinsuffizienz
- Hypertonus
- Alter: _____
- Diabetes
- Atherosklerose
- TIA / Insult
- Nierenerkrankung

DRINGEND

Ambulante Vorstellung:

- WV nach Ablation:
3 Mon. 6 Mon. 12 Mon.
- Gespräch _____
- Unterlagen / EKG / Befunde besorgen
- EKG _____
- LZ-EKG _____
- Ergometrie _____
- Echo _____
- SM- /ICD- / Reveal-Abfrage _____
- LZ-RR _____

ELEKTIV

Stationäre Behandlung:

- Prozedere vor Ort klären
- EPU _____
- Ablation _____
- SM _____
- ICD _____
- Ereignisrecorder _____
- Kardioversion _____
- Herzkatheter _____
- CT/MRT _____