



Anmeldung zur Device - OP

Absender

(bitte immer Telefon-/ Fax-Nr. und Emailadresse angeben)

[Empty text box for sender information]

Medizinische Klinik IV
Kardiologie, Angiologie und
Internistische Intensivmedizin

Klinikdirektor
Prof. Dr. med. Julian Widder

Anmeldung Device-OP

Kardiologie-Termine@klinikum-karlsruhe.de

Tel: 0721 974-2950

Fax: 0721 974-2999



Patientendaten (bitte deutlich und leserlich)

Name: [ ] Vorname: [ ]

Geb.-datum: [ ]

Adresse (Straße, PLZ, Wohnort): [ ]

Telefonnummer: [ ]

Emailadresse: [ ]

Größe [m]: [ ] Gewicht [kg]: [ ]

Indikation: [ ]

- Herzschrittmacher (1-Kammer-Gerät)
Herzschrittmacher (2-Kammer-Gerät)
Defibrillator (ICD)
subkutaner Defibrillator (S-ICD)
Resynchronisationstherapie (CRT-)
mit Defi. (CRT-D) ohne Defi. (CRT-P)

Bereits vorhandener HSM/Defi ? wenn ja, Bezeichnung: [ ]

Elektroden intakt Patient schrittmacherabhängig
ja nein nicht bekannt
ja nein
NYHA 2 NYHA 3 NYHA 4

Bestehende Herzinsuffizienz
Linksschenkelblock
Antikoagulation
Allergien:
Hyperthyreose:
Dialysepflichtig:
Isolation nötig:
Terminwunsch:

QRS-Breite: [ ] ms
wenn ja: < 3 Wochen > 3 Wochen
wenn ja, welche: [ ]

wenn ja, Keim angeben: [ ]
Pat.-wunsch: [ ]

Versicherungsstatus:
privat (bitte Kasse angeben): [ ]
gesetzlich + stationäre Zusatzversicherung (bitte Kassen angeben): [ ]
gesetzlich

Kommentar/Prüfung Arzt SKK:

Datum, Unterschrift Arzt Device-OP