



Absender

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

[Empty box for sender information]

**Medizinische Klinik IV
Kardiologie, Angiologie und
Internistische Intensivmedizin**

Klinikdirektor
Prof. Dr. med. Julian Widder

Anmeldung zur EPU / Ablation

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]: [] BMI [kg/m²]: []

Indikation (Bitte immer Anfalls-EKG und aktuellen Arztbrief übermitteln!)

- Vorhofflimmern (1. Ablation)
- Vorhofflimmern (Re-Ablation)
- Vorhofflattern (typisch)
- Vorhofflattern (atypisch)
- AVNRT
- WPW
- Supraventrikuläre Tachykardien
- Ventrikuläre Tachykardien

Antikoagulation ja nein wenn ja: < 3 Wochen > 3 Wochen

Allergien: ja nein wenn ja, welche: []

Dialysepflichtig: ja nein

Isolation nötig: ja nein wenn ja, Keim angeben: []

Terminwunsch: dringlich elektiv Pat.-wunsch: []

Versicherungsstatus:

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

Kommentar / Prüfung Arzt SKK: