



Absender

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

**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!)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vorhofflimmern (1. Ablation) | <input type="checkbox"/> AVNRT |
| <input type="checkbox"/> Vorhofflimmern (Re-Ablation) | <input type="checkbox"/> WPW |
| <input type="checkbox"/> Vorhofflattern (typisch) | <input type="checkbox"/> Supraventrikuläre Tachykardien |
| <input type="checkbox"/> Vorhofflattern (atypisch) | <input type="checkbox"/> 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: