



Anmeldung zur Koronarangiographie

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 Koronarangiographie
(incl. Evaluation Klappenvitien)

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: []

Bei stabiler KHK: Ischämienachweis [] ja [] nein

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

Allergien: [] ja [] nein wenn ja, welche: []

Hyperthyreose: [] ja [] nein

Dialysepflichtig: [] ja [] nein

Schwere pAVK: [] 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: