

Patientendaten:

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Straße, Hausnr.:
PLZ, Wohnort:
Tel.nr. d. Patienten:

Adresse o. Stempel Zuweiser:

Telefonnr. für Rückfragen:

Allergien:

Dringlichkeit/Terminwunsch:

Diagnose:

Kurzanamnese:

Fragestellung:

Art des Eingriffs:

Koro	RHK	PTCA	Myokardbiopsie	iFR/FFR
OCT/IVUS	Valvuloplastie	LAAC	PFO-Verschluss	ASD-Verschluss
Mitraclip	Perikardpunktion	Sonstige:		

Bitte folgende Befunde/Ergebnisse übermitteln:

- ▶ Voruntersuchungen: TTE/Stresstests/Szintigraphie
- ▶ Vor HKU-Befunde/OP-Berichte (Bypässe, Klappenersatz/-rekonstruktionen)
- ▶ aktuelles Labor: Blutbild, Gerinnung, TSH (nicht älter als 5 Tage)

Vom Facharzt auszufüllen:

Indikation bestätigt: nein ja

Besondere Merkmale/ Voruntersuchungen/ Bemerkungen:

nein ja, und zwar:

Termin:

Aufnahme: ambulant stationär

Datum der Anmeldung

Unterschrift d. Arztes

Vom ZBM auszufüllen:

Vorstationär:

Aufnahmetermin: