

**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: