

# Implantationsanmeldung

Augusta-Krankenhaus



VKKD

Zuweiser (Name und Tel/Fax.Nr.): \_\_\_\_\_

Patient (Name, Adresse, geb. Datum):

Größe/Gewicht (cm/kg): \_\_\_\_\_

Kontaktperson/Betreuer (Tel.Nr. des Patienten): \_\_\_\_\_

Implantationsdiagnose (Indikation): \_\_\_\_\_

Nebendiagnosen: \_\_\_\_\_

**DRINGLICH** (z.B. pass. SM)

*ankreuzen*

**FRÜHELEKTIV**

*ankreuzen*

**ELEKTIV**

Eigenfrequenz: \_\_\_\_/Min.

LV-EF.: \_\_\_\_\_ %

Schrittmacherausweis vorhanden: ja/nein

Aktuelles Aggregat und Elektroden (Ausweis) in Kopie anbei: ja/nein

Plättchenaggregationshemmer/orale Antikoagulantien (Dosis/Begründung): \_\_\_\_\_

CHA2DS2-VASc:

\_\_\_\_ Punkte

HAS-BLED:

\_\_\_\_ Punkte

Allergien (z.B. Jod/KM): \_\_\_\_\_

EKG: \_\_\_\_\_

Obligatorisch: EKG, kl. BB, CRP, INR, PTT, Kreatinin, TSH, RöTh in 2 Ebenen, Blutgruppe (Bitte mit EKG und Anmeldung faxen)

Unterschrift

Liebe/r Kollegin/e, haben Sie vielen Dank für die Zusendung Ihrer Patienteninformationen und in das in uns gelegte Vertrauen, wir werden Ihre Anmeldung bearbeiten und informieren Sie über die o.g. Kontaktdaten über das weitere Procedere, Hochachtungsvoll Ihr Augusta-Krankenhaus-Implantationsteam.

(Bitte nicht ausfüllen – dieser Abschnitt wird vom Implantationsteam bearbeitet und Ihnen als Antwort zugestellt)

Rückmeldung erfolgt am/durch: \_\_\_\_\_

OP Termin: \_\_\_\_\_

OP-Seite: rechts/links

Stationäre Aufnahme am: \_\_\_\_\_

TTE am: \_\_\_\_\_

Patient Schrittmacher abhängig: ja/nein

AFib.: ja/nein/paroxysmal

Safety margin Testung: ja/nein

Aggregat/Sonden: \_\_\_\_\_

Anmerkungen: