

Anmeldung Abteilung Herzkatheter Ambulanz

Faxnummer **06181-296-6130**

Telefon (06181) 296-4181

E-Mail **kardiologie@klinikum-hanau.de**

Datenschutzerklärung (EU- DSGVO) Hiermit bestätigen wir, dass unser Faxgerät mit der oben genannten Faxnummer vor dem Zugriff unberechtigter Personen geschützt ist.

Anmeldung zur Herzkatheteruntersuchung	<input type="checkbox"/>
Anmeldung zur Device- Therapie (Schrittmacherimplantation, ICD- CRT- Implantation)	<input type="checkbox"/>
Anmeldung Herzinsuffizienzprechstunde nach §116b (ab NYHA Stadium III)	<input type="checkbox"/>

Anforderungsdatum: _____ akut frühelektiv elektiv

Patient Vor- Nachname: _____ Geb.: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ **KRANKENKASSE:**

VERSICHERUNG:		Praxisstempel:
PRIVAT:	<input type="checkbox"/>	
ZUSATZ Stationär:	<input type="checkbox"/>	
GESETZLICH:	<input type="checkbox"/>	

Herzkatheteruntersuchung:

Indikatoren:

- V.a. KHK
- Abklärung Vitium Cordis
- Abklärung Herzinsuffizienz
- Bek. KHK (bitte Vorbefunde beifügen)

Nähere Angaben:

Device- Therapie:

- Erstimplantation
- Aggregatwechsel
- Revision/ Systemumstellung

Nähere Angaben:

Herzinsuffizienzprechstunde §116b:

- Erstanbindung

Bitte Vorbefunde möglichst vorab zusenden

Nähere Angaben:

CNI (KREA): KM- Allergie: ATB- Allergie: (N)OAK:

Eine Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht nach der EU- DSGVO liegt vor.

Datum: _____ Unterschrift Arzt: _____

Folgende Unterlagen sind am Tag der Vorbereitung zwingend erforderlich:

- **Verordnung von Krankenhausbehandlung** bei Device- Versorgung
- **Überweisung** bei Herzkatheteruntersuchung
- **Überweisung nach §116b** für Herzinsuffizienzprechstunde
- Aktueller Medikamentenplan
- Arztbrief/Befunde
- Ggf. Dolmetscher
- Wenn eine gesetzliche Betreuung vorliegt, kann der Patient nur im Beisein des Betreuers aufgeklärt werden.
- Nach Möglichkeit eine Begleitperson mit bringen (wichtig für ältere Patienten)