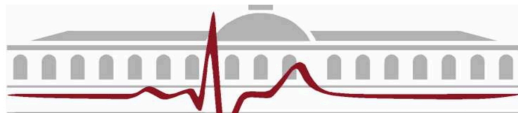


# Anmeldung zum Linksherzkatheter

<p><u>Patient</u></p> <hr/> <hr/> <hr/> <p><b>Geb.- Datum:</b></p> <hr/> <p><b>Telefon- Nr.:</b></p> <hr/> <p><b>Hausarzt:</b></p> <hr/> <p><b>Krankenkasse:</b></p> <hr/>	 <p><b>KARDIOLOGISCHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS</b> <b>AM PARK SANSSOUCI</b></p> <hr/> <p>Fachärzte für Innere Medizin/Kardiologie</p> <hr/> <p>Dr. med. Philipp Boyé</p> <hr/> <p>Dr. med. Regina Gaub</p> <hr/> <p>Dr. med. Gerhard Janßen</p> <hr/> <p>Dr. med. Beate Wild</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <p><b>Fax: 0331 – 95 13 05 54</b></p> </div>
--	---	--

<p><u>Indikation</u></p> <hr/> <hr/>
--------------------------------------

<p><u>Dringlichkeit</u></p> <p><input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nein                      Wunschtermin: _____</p> <p>Aufklärung erfolgt? <input type="checkbox"/> ja (Bitte EVs mitgeben!)                      <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Labor vorhanden? <input type="checkbox"/> ja (Bitte Befund mitgeben!)                      <input type="checkbox"/> nein</p>
--

<p><u>Aktuelle Medikation</u></p> <p><input type="checkbox"/> Falithrom/ OAK/ NOAC                      _____</p> <p><input type="checkbox"/> Metformin</p>
---

<p><u>Vorerkrankungen</u></p> <p><input type="checkbox"/> Myokardinfarkt                      <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus                      <input type="checkbox"/> Nieren-Insuff.</p> <p><input type="checkbox"/> Art. Hypertonie                      <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstrg.                      <input type="checkbox"/> Adipositas</p> <p>Z.n. PTCA/ PCI                      _____</p> <p style="margin-left: 100px;">Klinik    Datum</p> <p>Z.n. Bypass                      _____</p> <p style="margin-left: 100px;">Klinik    Datum</p>
---

<p><u>Praxis/ Klinik</u></p> <hr/>						
<table border="0"> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">Unterschrift</td> <td style="border: none; text-align: center;">Datum</td> <td style="border: none; text-align: center;">Fax- Nummer</td> </tr> </table>	_____	_____	_____	Unterschrift	Datum	Fax- Nummer
_____	_____	_____				
Unterschrift	Datum	Fax- Nummer				