


# Anmeldung zur Elektrophysiologischen Untersuchung/ Ablation

<u>Patient</u> _____ _____ _____ <b>Geb.- Datum:</b> <b>Telefon- Nr.:</b> <b>Hausarzt:</b> <b>Krankenkasse:</b>	 <p>KARDIOLOGISCHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS AM PARK SANSSOUCI</p> <p>Fachärzte für Innere Medizin/Kardiologie Dr. med. Philipp Boyé Dr. med. Regina Gaub Dr. med. Gerhard Janßen Dr. med. Beate Wild</p> <p><b>Fax: 0331 – 95 13 05 54</b></p>
--	---

Indikation  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vorbefunde

Anfalls-EKG vorhanden?  nein  ja (Bitte mitfaxen!)

bei Vorhofflimmern :  paroxysmal  persistierend

Z.n. Kardioversion am \_\_\_\_\_

Aktuelle Medikation

Falithrom/ OAK/ NOAC \_\_\_\_\_

Antiarrhythmikum \_\_\_\_\_

effektiv  ineffektiv  unverträglich

Betablocker \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen

Myokardinfarkt  Apoplex  Klappen-OP

Herzschrittmacher  ICD  Hersteller \_\_\_\_\_

Z.n. EPU/ Ablation \_\_\_\_\_

Klinik Datum

Praxis/ Klinik  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unterschrift Datum Fax- Nummer