

Anmeldung erfolgen ausschließlich über
DaMe: **KAGES182**. Falls **kein DaMe vorhanden** ist,
bitten wir um **postalische Zusendung**.

LKH Graz II, Standort West
Göstinger Straße 22, 8020 Graz
+43 316/5466-6033
DaMe: KAGES182
www.lkh-graz2.at

Anmeldung ICD-Implantation

Name Patient:in: _____ Datum: _____

Telefonnummer: _____ Zuweiser:in (LKH): _____

SV-Nr./Geb.Dat.: _____ Arzt (Name, Tel., DaMe/E-Mail): _____

Adresse: _____

Indikation:

- ☐ primärprophylaktisch
☐ sekundärprophylaktisch
☐ CRT-Indikation

Grunderkrankung:

- ☐ ischämisch
☐ nichtischämische CMP
☐ andere (bitte spezifizieren): _____

EKG: bitte mitsenden

Rhythmusinfo: Ausdruck bitte mitsenden

- ☐ Bradyindikation
☐ Ventrikuläre Tachykardie
☐ Vorhofflimmern

Klinik:

- ☐ Synkope/Schwindel ☐ Herzinsuffizienz ☐ Sonstige

Linksventrikelfunktion: _____

Nierenfunktion (GFR): _____ Allergie: _____

Gerinnung: _____ Gerinnungsmedikation: _____

Relevante Begleiterkrankungen:

Sonderklasse: ☐ JA ☐ NEIN

Bitte vollständig ausfüllen und relevante Befunde beilegen!