LKH GRAZ II
Steiermärkische Krankenanstalten

HELP

Abteilung für Innere Medizin
Department für Kardiologie und Intensivmedizin

Anmeldung
Koronarangiographie

Kontakt:
Tel.: +43 316/5466-6033
Fax: +43 316/5466-6034

Name Patient:in: _____ Datum: _____

Telefonnummer: _____ Zuweiser:in (LKH): _____

SV-Nr./Geb.Dat.: _____ Arzt (Name, Tel., Fax): _____

Adresse: _____ _____

Akutes Koronarsyndrom (ACS):

☐ NSTEMI ☐ sehr hohes ☐ hohes ☐ niedriges/mittleres Risiko

Beschwerden seit: _____ Trop: _____ (Art des Trop angeben!)

☐ STEMI (bitte telefonisch anmelden)

Stabile KHK:

☐ Typische AP CCSC: _____ ☐ Atypische AP

Vortestwahrscheinlichkeit: ☐ niedrig (< 15%) ☐ mittel (15-85%) ☐ hoch (> 85%)

Ischämienachweis: ☐ SPECT/PET ☐ Stress-MR ☐ Stressecho ☐ Ergometrie
(bitte Befunde beilegen) (Ischämie + AP)

Cardiac CT: ☐ > 70% ☐ < 70% + Ischämienachweis (bitte Befunde beilegen)

Vorerkrankungen: ☐ NSTEMI/STEMI _____ ☐ PCI _____ ☐ CABG_____

Therapie:

Relevante Begleiterkrankungen:

Niereninsuffizienz: ☐ (Labor bitte beilegen/angeben)

Sonderklasse: ☐ JA ☐ NEIN

Bitte vollständig ausfüllen und relevante Befunde beilegen!

ANTWORTFAX (bitte unbedingt freilassen)