

Anmeldung Schrittmacherimplantation

Kontakt:

Tel.: +43 316/5466-6033

Fax: +43 316/5466-6034

Name des Patienten:

Datum:

Telefonnummer:

Zuweiser (LKH):

SV-Nr./Geb.Datum:

Arzt (Name, Tel., Fax):

Adresse:

Indikation

Aggregat

AV-Block

VVI

Aggregatwechsel

SSS (inkl. Brady-, Tachysyndrom)

DDD

Vorhofflimmern

andere (bitte spezifizieren)

EKG (bitte mitfaxen):

Klinik

Synkope/Schwindel

Herzinsuffizienz

Pass. SM

Sonstige

Linksventrikelfunktion:

Nierenfunktion (GFR):

Allergie:

Gerinnung:

Gerinnungsmedikation:

Relevante Begleiterkrankungen

Sonderklasse JA NEIN

Bitte vollständig ausfüllen und relevante Befunde beilegen!

ANTWORTFAX (bitte unbedingt freilassen)