LKH Graz II
Abteilung für Innere Medizin
Department für Kardiologie und Intensivmedizin

Anmeldung Koronarangiographie

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:

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)