

Anmeldung Linksherzkatheter

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:

Klappenerkrankung

Aortenstenose Aorteninsuffizienz Mitralklappenstenose Mitralklappeninsuffizienz

sonst

NYHA

Kardiomyopathie

dil. CMP hypertrophe CMP sonst

NYHA

Therapie

Relevante Begleiterkrankungen

Niereninsuffizienz (Labor bitte beilegen/angeben)

Sonderklasse JA NEIN

Bitte vollständig ausfüllen und relevante Befunde beilegen!

ANTWORTFAX (bitte unbedingt freilassen)