

Anmeldung Schrittmacherimplantation

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: _____

Indikation:

- AV-Block
 SSS (inkl. Brady-, Tachysyndrom)
 Vorhofflimmern
 andere (bitte spezifizieren)

Aggregat:

- VVI Aggregatwechsel
 DDD

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)