

Anmeldung Linksherzkatheter

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: _____

Klappenerkrankung:

Aortenstenose Aorteninsuffizienz Mitralstenose Mitralinsuffizienz

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)