

Anmeldung Schrittmacherimplantation

Name Patient:in: _____ Datum: _____

Telefonnummer: _____ Zuweiser:in(LKH): _____

SV-Nr./Geb.Dat.: _____ Arzt (Name, Tel., DaMe/E-Mail): _____

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!