



Anmeldung zur stationären Aufnahme

Sehr geehrte(r) Kollegin/Kollege,

um die internen Abläufe zu optimieren und Ihnen einen besseren Service bieten zu können, bitten wir um Ihre Mithilfe. Folgende Daten erleichtern uns die Planung. Notfälle weiterhin telefonisch anmelden. Im Voraus herzlichen Dank.

Ihr Kardio-Team des Marienhospitals Aachen

Klinik für Innere Medizin,
Kardiologie
Chefarzt
Khaled Awad
Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie,
Spezielle Rhythmologie
Aktive Herzrhythmusimplantate und
Interventionelle Kardiologie
Sekretariat
Bianca Knipprath
Telefon: 0241/6006-1801
Fax: 0241/6006-1809
E-Mail: kardiologie@marienhospital.de

Praxisstempel/Klinikstempel Direkter Ansprechpartner Telefon:

Patientendaten Name, Vorname: Adresse: Geburtsdatum: Telefon: Versicherungsstatus: gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> 1-Bett / 2-Bett <input type="checkbox"/>

Indikation:

<input type="checkbox"/> Verdacht auf KHK	<input type="checkbox"/> Verdacht auf Progress der bekannten KHK
<input type="checkbox"/> Vitium: _____	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz
<input type="checkbox"/> Schrittmacher/ICD-Implantation	<input type="checkbox"/> Andere: _____

Aktuelle Anamnese:

Z. n. Bypass-Operation	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann _____
Klappenvitium	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welches _____
Linksventrikuläre Pumpfunktion	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Kreatinin _____ Dialyse <input type="checkbox"/>
Insulinpflichtiger Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Metformin-Therapie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Hyperthyreose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Kontrastmittelallergie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Antikoagulation	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit _____
pAVK	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Prothese / Stent: _____
Besonderheiten	<input type="checkbox"/> Isolation bei _____	<input type="checkbox"/> Begleitperson notwendig

Bei Aufnahme bitte folgende Unterlagen vorlegen:

- frühere Herzkatheterbefunde
 - Kardiochirurgische OP-Berichte
 - Medikamentenplan
 - Einweisung
 - Versicherungskarte
-

Datum, Unterschrift