



## Anmeldung zur Herzkatheteruntersuchung

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

**Priv.-Doz. Dr. med. Tudor C. Pörner**

Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie  
DGK-Zertifizierung 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    privat  1-Bett / 2-Bett

#### Indikation:

Verdacht auf KHK

Verdacht auf Progress der bekannten KHK

Vitium: \_\_\_\_\_

Herzinsuffizienz

#### Aktuelle Anamnese / Ischämienachweis:

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

#### Voruntersuchungen (Befunde bitte in Kopie anfügen)

EKG

frühere Herzkatheterbefunde

Labor (BB, INR, Kreatinin, Elektrolyte, TSH)

Kardiochirurgische OP-Berichte

Ischämienachweis

Medikamentenplan

Echokardiographie-Befund

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift