



Anmeldung zur stationären Aufnahme

**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

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

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:

Verdacht auf KHK

Verdacht auf Progress der bekannten KHK

Vitium: _____

Herzinsuffizienz

Schrittmacher/ICD-Implantation

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