



Empfänger

Herrn Prof. Dr. med. S. Schuster
Chefarzt der Medizinischen Klinik II
St.-Antonius-Hospital Kleve gGmbH

Absender

Telefon:

FAX:

FAX-Nr.: 02821 4901084

E-mail: kardiologie@antonius-hospital.de

Patient:

Herr / Frau

Vorname:

Geb.-Datum:

Größe: cm

Gewicht: kg

Anschrift:

Telefon priv.:

Krankenkasse:

Wahlleistung:

Telefon dienst.:

Terminwunsch:

- Dringlichkeit:** sofort Untersuchung nötig innerhalb von 14 Tagen später als 14 Tage
 Rückruf Patient im St.-Antonius-Hospital Kleve bekannt ja nein
 vorheriger Herzkatheter wo: wann:
 Bypass oder Klappen-OP wo: wann:
 Niereninsuffizienz
 pathologische Ergometrie ja nein nicht durchgeführt

Patient nimmt derzeit

ASS ja nein

Marcumar ja nein

Metformin ja nein

Untersuchung:

- Kardiol. Abklärung Koronarangiografie Kardio-MRT PTCA sonstige:

Herzschrittmacher-Implantation:

- Einkammersystem Zweikammersystem (DDDR) Aggregataustausch ja nein
 Defibrillator (AICD) Kardioversion

Diagnose(n) und klinisch relevante Daten:

Stationäre Aufnahme am _____ um _____ Uhr nüchtern ja nein

Termin abgestimmt mit _____ Aufnahme: Station _____

Anmerkung:

Bitte mitbringen (falls vorhanden): Laborwerte (Blutbild, TSH, Kreatinin, Gerinnung, Kalium), kardiologische Vorbefunde, Röntgen-Thorax-Aufnahmen