

**PRAXISKLINIK HERZ UND GEFÄSSE**

Kardiologie ● Angiologie ● Radiologie ● Nuklearmedizin  
AKADEMISCHE LEHRPRAXISKLINIK DER TU DRESDEN



**Elektrophysiologie**

Heinrich-Cotta-Straße 12, 01324 Dresden  
Tel.: (03 51) 2693 - 65 42  
Fax: (03 51) 2693 - 65 43

Ärztliche Leitung: Dr. med. Stefan G. Spitzer

Dr. med. S. G. Spitzer,  
Dr. med. R. Dörr, Dr. med. B. Krosse,  
Prof. Dr. med. R. Sternitzky,  
Dr. med. J. Stumpf, Dr. med. C. T. Kadalie

Forststraße 3, 01099 Dresden  
Ambulanz: (03 51) 80 64 - 0  
Herzkatheterlabor: (03 51) 26 93 - 65 15  
Radiologie: (03 51) 80 64 - 2 43  
Nuklearmedizin: (03 51) 26 93 - 65 05

**ANMELDEBOGEN ZUR ELEKTROPHYSIOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG /  
KATHETERABLATION**

<b>Personalien</b>	Befundbericht an: (Name/Anschrift)
Name: _____	
geb. am: _____	
Wohnort: _____	Hausarzt: (Name/Anschrift)
Straße: _____	
Tel.: _____	
Kranken- kasse: _____	

**INDIKATION:**

- Tachykardie mit schmalen Kammerkomplex
- Tachykardie mit breitem Kammerkomplex
- Typisches Vorhofflattern
- V.a. atrioventrikuläre Leitungsbahn (WPW-Syndrom)
- Exakte Diagnose einer im Oberflächen-EKG dokumentierten, jedoch nicht einwandfrei interpretierbaren Arrhythmie
- Abklärung der prognostischen Bedeutung einer asymptomatischen Arrhythmie
- Sinusknotendysfunktion bzw. AV-Leitungsstörungen
- Therapieresistentes, symptomatisches paroxysmales / persistierendes Vorhofflimmern

**KLINIK:**

- Herzrasen mit plötzlichen Beginn und Ende (On-Off-Symptomatik)
- Palpitationen
- Schwindel
- Synkope
- Kardiale Insuffizienzzeichen

LABORWERTE (SI-Einheiten):	Abnahme vom:	(nicht älter als 1 Woche - Ausnahme Blutgruppe)		
Hb:	HKT:	Thrombozyten:	PTT:	INR:
Kreatinin:	Kalium:	TSH:		Blutgruppe: (optional)

**DERZEITIGE MEDIKATION:**

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____  |
| 2. _____ | 7. _____  |
| 3. _____ | 8. _____  |
| 4. _____ | 9. _____  |
| 5. _____ | 10. _____ |

**BISHERIGE ANTIARRHYTHMISCHE MEDIKATION:**

- |                              |
|------------------------------|
| 1. _____ von _____ bis _____ |
| 2. _____ von _____ bis _____ |
| 3. _____ von _____ bis _____ |

**Der Patient ist aufgeklärt und hat die Einverständniserklärung unterschrieben.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (+Stempel) des Arztes

Tel.: \_\_\_\_\_

**BITTE FOLGENDE UNTERLAGEN BEIFÜGEN:**

- Unterschriebene Patienteneinverständniserklärung
- Aktuelles EKG
- EKG-Dokumentation der tachykarden bzw. bradykarden Rhythmusstörungen (soweit vorhanden)
- Aktueller Arztbrief mit Angaben zur kardialen Grunderkrankung sowie zu extrakardialen Begleiterkrankungen und Befundberichte von u.a. Echokardiographie, Ergometrie, Holter-EKG (soweit vorhanden)