



**Invasive Rhythmologie**

Heinrich-Cotta-Straße 12, 01324 Dresden

Tel.: 0351 8064-542

Fax: 0351 8064-543

Leitung: Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer

Ambulanz: 0351 8064-0

Katheterlabor: 0351 8064-515

Nuklearmedizin: 0351 8064-505

Radiologie: 0351 8064-243

**ANMELDEBOGEN**

**ELEKTROPHYSIOLOGISCHE UNTERSUCHUNG / KATHETERABLATION**

**Patientendaten**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

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

Krankenkasse \_\_\_\_\_

**Überweisender Arzt** (Anschrift, Tel.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hausarzt** (Anschrift, Tel.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Patient ist bereits in folgende Versorgungsprogramme eingeschrieben**

- DMP KHK
- CARD. I. V.
- CARDIO INTEGRAL
- \_\_\_\_\_

**Indikation**

- Symptomatisches paroxysmales Vorhofflimmern
- Symptomatisches persistierendes Vorhofflimmern
- Tachykardie mit schmalem 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
- Hämodynamisch wirksame Kammertachykardie
- \_\_\_\_\_

**Klinik**

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

**Kardiale Grundkrankheiten**

- Koronare Herzkrankheit (Z. n. frischen Myokardinfarkt und Instabilität des Patienten bitte getrennt mitteilen)
- Vitium Cordis
- Hypertensive Herzkrankheit
- Z. n. Karditis
- Sonstiges
- nicht nachweisbar



### **Laborwerte (SI-Einheiten)**

Abnahme vom \_\_\_\_\_ (nicht älter als 1 Woche Ausnahme Blutgruppe)

Hb \_\_\_\_\_ Hk \_\_\_\_\_ Thrombozyten \_\_\_\_\_  
INR \_\_\_\_\_ PTT \_\_\_\_\_ Kreatinin \_\_\_\_\_  
Kalium \_\_\_\_\_ TSH \_\_\_\_\_  
CRP \_\_\_\_\_ Leukozyten \_\_\_\_\_

Blutgruppe  
(optional) \_\_\_\_\_

### **Extrakardiale Begleiterkrankungen**

### **Herzinsuffizienz**

- nein  
 ja      aktuell im NYHA-Stadium \_\_\_\_\_  
zur Zeit       kompensiert       dekompensiert

### **Derzeitige Medikation**

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

### **Bisherige antiarrhythmische Medikation**

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

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

\_\_\_\_\_ Datum      \_\_\_\_\_ Unterschrift und Stempel des Arztes      \_\_\_\_\_ Telefonnummer der Praxis

### **Bitte folgende Unterlagen beifügen:**

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