



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

HERZSCHRITTMACHERIMPLANTATION / ICD- / CRT-IMPLANTATION

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 CARDIO INTEGRAL
 CARD. I. V. _____

Indikationen

A. Herzschrittmacher

- Sinusknotensyndrom**
 Sinusbradykardie
 Brady-/Tachy-Syndrom
 SA-Block II
 SA-Block III
- AV-Block**
 AV-Block I
 AV-Block II (Mobitz)
 AV-Block II (Wenckebach)
 AV-Block III
 Intermittierender AV-Block bei bifaszikulärem Block
- Carotis-Sinus-Syndrom
 Bradyarrhythmia absoluta

B. ICD

- Primärprävention**
 EF ≤ 30%, Z. n. Myokardinfarkt
 EF ≤ 40%, KHK sowie nichtbeständige ventrikuläre Tachykardien (Lown IVb) und induzierbare ventrikuläre Tachykardien
 Asymptomatische ventrikuläre Tachykardie, DCM, geplante Herztransplantation
 Genetische Erkrankung mit hohem familiärem Risiko für plötzlichen Herztod
 Synkope und induzierbare ventrikuläre Tachykardie



- Sekundärprävention**
- Überlebter plötzlicher Herztod
 - Symptomatische ventrikuläre Tachykardien
 - _____

C. Kardiale Resynchronisation

- EF ≤ 35%, NYHA-Stadium III/IV, LSB mit QRS > 150 ms, Sinusrhythmus
- EF ≤ 35%, NYHA-Stadium III/IV, LSB mit QRS 120 – 150 ms, Sinusrhythmus
- EF ≤ 35%, NYHA-Stadium III/IV, LSB mit QRS 120 – 150 ms, Vorhofflimmern
- EF ≤ 35%, NYHA-Stadium III/IV, QRS > 120 ms, ohne LSB
- EF ≤ 35%, NYHA-Stadium III/IV, konventionelle Schrittmacherindikation
- EF ≤ 35%, NYHA-Stadium II, LSB mit QRS > 150 ms, Sinusrhythmus
- _____

Klinik

- Schwindel
- Synkope
- Bradykarde Herzinsuffizienz
- NYHA-Stadium _____

Laborwerte (SI-Einheiten)

Abnahme vom _____ (nicht älter als 1 Woche Ausnahme Blutgruppe)

Hb _____	Hk _____	Thrombozyten _____
INR _____	PTT _____	CRP _____
Kreatinin _____	Kalium _____	Leukozyten _____
TSH _____		Blutgruppe (optional) _____

Derzeitige Medikation

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

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)