

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

wir möchten Sie bitten, zwecks Terminabsprache Kontakt mit folgender Patientin/folgendem Patienten aufzunehmen:

Patientendaten:

Vor-/Zuname _____
Krankenkasse _____
Telefon/Mobil _____
Geburtsdatum _____
E-Mail: _____

Praxisstempel

Gewünschter Termin:

- Stationäre Aufnahme
- SM/ICD-Ambulanz (Privat)
- Privatsprechstunde
- Ambulante/prästationäre Untersuchung

Diagnose(n): _____

Vorstellungsgrund:

- Herzklappenintervention (TAVI, MitraClip)
- Herzkatheter/Intervention oder Myokardbiopsie
- Schrittmacher/Eventrecorder/ICD-Implantation
- Elektrophysiologische Untersuchung/Ablation
- Kardioversion (ggf. + TEE)
- LAA- oder PFO-Okkluder Implantation
- Sonstiges: _____

Kardiologische Abklärung bei Beschwerden

- Angina pectoris/Thoraxschmerzen
- Herzinsuffizienz/Dyspnoe
- Klappenvitium
- Rhythmusstörungen
- Synkope/n
- Sonstiges: _____

Dringlichkeit:

- akut <24h dringlich 24 - 48h frühelektiv <1 Woche Elektiv 4 Wochen

➔ **Nutzen Sie gerne auch unsere Einweiserhotline: Tel: 040 1818 87-8787** Wunschdatum: _____

Gewünschte Kontaktaufnahme:

- Direkt mit dem Patienten Nur über meine Praxis Ärztliche Rücksprache erbeten, Tel.: _____

Bitte wichtige Unterlagen mitbringen bzw. vorab zusenden:

- Überweisung/Einweisung Medikamentenplan Labor (TSH, Kreatinin, LDL, Kalium, Hb)
 ggf. Vorbefunde (EKG, Echo etc)

Rückantwort (von der Fachabteilung auszufüllen):

Termin:

Angenommen von/am: _____

Bearbeitet von/am: _____

An die Asklepios Klinik Nord - Heidberg

Innere Medizin II/Kardiologie und internistische Intensivmedizin
Tel.: 040 181887-8787 ▪ Fax: 040 181877-8787
E-Mail: chefarztsekretariat-kardiologie-nord@asklepios.com