Klinik für Kardiologie, Angiologie und Intensivmedizin

Chefarzt: Prof. Dr. med. U. Schäfer

eMail: baumgarten.kardiologie@marienkrankenhaus.org

PATIENTENANMELDUNG FAX (040) 2546-2950

Mail: elektiv-innere@marienkrankenhaus.org

☐ **Kardiologie/Angiologie Stationär** (Fr. Burmester) Telefon (040) 2546 –2944/ Telefax (040) 2546 -2950	☐ **Kardiologie Ambulant** OA Fr. Dr. Wiese	☐ **Angiologie Ambulant** OA Fr. Dr. Skriabina

Patientendaten	
Name	
Vorname	
Geb. Datum	
Straße	
Wohnort	
Telefon	
Kontaktperson (Name/Tel)	
☐ Wahlleistung Arzt ☐ 1 Bett oder ☐ 2 Bett	
Krankenkasse:	

Zusatzinformationen

- ☐ bekannte KHK
- ☐ Z.n. Bypass-OP
- ☐ Z.n. Klappen-OP
- ☐ bek. Niereninsuffizienz
- ☐ Kreatinin _____mg/dl
- ☐ SM/ICD Implantation
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ IDDM (Insulin)
- ☐ D.m. (Metformin)
- ☐ Vorhofflimmern
- ☐ Bradykardie
- ☐ Tachykardie
- ☐ Marcumar /NOAKs
- ☐ Z.n. GI-Blutungen
- ☐ Z.n. Schlaganfall
- ☐ bekannte Herzinsuffizienz
- ☐ NYHA Stadium III oder IV
- ☐ bekannte pAVK
- ☐ COPD (NIV)
- ☐ demenzielles Syndrom Sonstiges:
- ☐ **gesetzliche Betreuung**

  Kontakt:_____

Kardiologische Angiologische Diagnose(n) zur Abklärung

- ☐ **Herzinsuffizienz:** ☐ **li.** ☐ **re.** ☐ **bi.**
- ☐ **Klappenfehler:** ☐ **AK** ☐ **MK** ☐ **TK**
- ☐ **Herzrhythmusstörung:**
- ☐ **V.a. KHK**
- ☐ **pAVK:**
- ☐ **Blutungsneigung:**

sonstiges:

Fragestellung:

Gewünschte Aufnahme ab:
Absender *(Stempel)****:***
Datum:

Telefon:

Name: _____ ***Unterschrift:***_____

Sehr geehrte Damen und Herren,

Rückantwort:

vielen Dank für Ihre Patientenanmeldung. **Bitte beachten Sie nachfolgende Informationen.**

- ☐ Die ambulante Patientenvorstellung erfolgt (Ort): _____
- ☐ Die stationäre Aufnahme erfolgt auf der Station _____am:_____um:_____Uhr
- ☐ Sie werden benachrichtigt, sobald die Aufnahme erfolgen kann.
- ☐ Rückfragen bitte direkt an den aufnehmenden Bereich (siehe unten)

Bei Rückfragen direkt:

☐ Station Med 3	Telefon (040) 25 46 – 2131	Telefax (040) 25 46 - 2130
☐ Ambulanz Angiologie	Telefon (040) 25 46 – 2682	Telefax (040) 25 46 - 2680
☐ MVZ Kardiologie	Telefon (040) 25 46 – 2564	Telefax (040) 25 46 - 2550
☐ Chefarztsekretariat Kardiologie	Telefon (040) 25 46 – 2102	Telefax (040) 25 46 - 2100
☐ OA Fr. Dr. Wiese Herzinsuffizienz §116b	Telefon (040) 25 46 – 2564	Telefax (040) 25 46 - 2550

Mit freundlichen Grüßen

_____ _____

Konsiliar Datum/ Unterschrift