

Anmeldung Uniklinik Rostock
Rhythmologie
Tel. 0381/494-7797 Fax: 0381/494-7798
<http://rhythmologie.med.uni-rostock.de>

Name:	Hausarzt: _____
Geb.:	Tel.-Nr.: _____
Adresse:	Zuweiser: _____
	Kardiologe: _____
	Tel.-Nr.: _____
Tel.:	

Privat

Rhythmusstörung	Grunderkrankung
------------------------	------------------------

<p>Dringend Elektiv</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulante Vorstellung:</p> <p><input type="checkbox"/> WV nach Ablation: <input type="checkbox"/> 3 Mon. <input type="checkbox"/> 6 Mon. <input type="checkbox"/> 12 Mon.</p> <p><input type="checkbox"/> Gespräch _____</p> <p><input type="checkbox"/> Unterlagen / EKG / Befunde besorgen</p> <p><input type="checkbox"/> EKG _____</p> <p><input type="checkbox"/> LZ-EKG _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ergometrie _____</p> <p><input type="checkbox"/> Echo _____</p> <p><input type="checkbox"/> SM- /ICD- / Reveal-Abfrage _____</p> <p><input type="checkbox"/> LZ-RR _____</p>	<p>Procedere:</p> <p><input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung:</p> <p><input type="checkbox"/> Prozedere vor Ort klären</p> <p><input type="checkbox"/> EPU _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ablation _____</p> <p><input type="checkbox"/> SM _____</p> <p><input type="checkbox"/> ICD _____</p> <p><input type="checkbox"/> Reveal _____</p> <p><input type="checkbox"/> Kardioversion _____</p> <p><input type="checkbox"/> Herzkatheter _____</p> <p><input type="checkbox"/> CT/MRT _____</p> <p><input type="checkbox"/> PET-CT _____</p>
--	---

2 h

- RV-Stimulation
- AV-Knoten-Abl.
- Synkope
- SVT-Diagnostik
- SM/ICD
- Eventrecorder

3 h

- WPW
- AVNRT/SVT/EAT
- Idiop. VT/VES -
Vorhofflattern
- PAF-Redo
- Paroxysm. AFIB

5 h

- Frustrane SVT
- Pers. Afib.
- Atriale Makro-
Reentry-Tachyk.
- Biv. System

open end

- VT bei struktureller
Herzkrankung
- SN-Modulation

Terminwunsch >		dringend	elektiv
--------------------------	--	-----------------	----------------

Station:	Vorstationär:	Aufnahmedatum:	Prozedurdatum:
-----------------	----------------------	-----------------------	-----------------------

Procedere für Station:

Standardlabor EKG Echo TEE 12 Kanal Aufklärung

Eingangsdatum:

Datum: Bearbeitender Arzt: