



St. Josefskrankenhaus
Sautierstr. 1
79104 Freiburg i. Br.

**Klinik für Kardiologie, Rhythmologie
und internistische Intensivmedizin**

Chefarzt Prof. Dr.med. M. Brunner

**Sektion Rhythmologie
Dr. med. L. Trolese**

Tel.: (0761) 2711-2701
Fax: (0761) 2711-78-2701

Rhythmologie@rkk-klinikum.de

www.josefskrankenhaus-freiburg.de

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir freuen uns, Ihnen zwei Möglichkeiten zur schnelleren Planung und Organisation einer Untersuchung in der Rhythmologie des St. Josefskrankenhauses anbieten zu können:

- In dringlichen Fällen können Sie werktags zwischen 8.00 Uhr und 16.00 Uhr direkt einen Termin unter der Durchwahl: 0761/2711-2701 vereinbaren
- Sie senden uns das beigefügte Formblatt per Fax an 0761/2711-78-2701 oder per E-Mail an rhythmologie@rkk-klinikum.de

Wir bitten Sie,

- bei Anmeldungen einer elektrophysiologischen Untersuchung/Ablationstherapie bitte immer ein EKG der Herzrhythmusstörung sowie ein 12-Kanal-EKG
- bei Anmeldungen für Herzschrittmacher oder ICDs stets ein 12-Kanal-EKG

dem Formblatt beizufügen bzw. uns zu übermitteln. Besten Dank.

Nach Eingang der Daten werden wir Ihnen umgehend einen Termin per Fax oder E-Mail mitteilen.

Ihr Rhythmologie TEAM



Anmeldung Rhythmologie

Mail: rhythmologie@rkk-klinikum.de **Fax-Nummer:** 0761/2711-78-2701

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

zur Anmeldung rhythmologischer Patienten bitten wir Sie dieses Formular auszufüllen. Anschließend erhalten Sie von uns eine Antwort mit Aufnahmetermin und evtl. Vorbesprechung.

Patientendaten:

Einweisende Praxis (Stempel)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Wohnort: _____

Telefon Patient: _____

Krankenversicherung: _____ Privat

Gewünschte Untersuchung:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Event Recorder | <input type="checkbox"/> Kardioversion | <input type="checkbox"/> Pulmonalvenenisolation |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Diagnostische EPU/SVT | <input type="checkbox"/> VT/VES Ablation |
| <input type="checkbox"/> ICD/CRT | <input type="checkbox"/> Typisches Vorhofflattern | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |

Anamnese und Medikation:

Orale Antikoagulation	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	Kontrastmittelallergie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Metformin	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Niereninsuffizienz	Kreatinin _____	Sonstige	_____

(Wird von uns ausgefüllt)

Prästationäre Aufnahme am: _____ um _____ Uhr.

Stationäre Aufnahme am: _____ um _____ Uhr.

Bitte aktuellen Medikamentenplan, Überweisungsschein und relevante Befunde mitbringen.

Bitte an beiden Tagen (prästationäre Aufnahme und stationäre Aufnahme) nüchtern erscheinen. Die morgendlichen Medikamente – bis auf **Metformin und Antikoagulationsmedikation** – können wie gewohnt mit wenig Wasser eingenommen werden.