



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) 2711-2713
Fax: (0761) 2711-782713

sjk-Rhythmologie@artemed.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 17.30 Uhr direkt einen Termin unter der Durchwahl: **0761/2711-2713** vereinbaren
- Sie senden uns das beigefügte Formblatt per Fax an **0761/2711-782713** oder per E-Mail an sjk-rhythmologie@artemed.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: sjk-rhythmologie@artemed.de **Fax-Nummer:** 0761/2711-782713

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 Aufnahme-termin und evtl. Vorbesprechung.

Patientendaten:

Einweisende Praxis (Stempel)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Wohnort: _____

Telefon Patient: _____

Krankenversicherung: ☐ Kasse ☐ Privat

Gewünschte Untersuchung:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Event Recorder | ☐ Kardioversion | ☐ Pulmonalvenenisolation |
| ☐ Herzschrittmacher | ☐ Diagnostische EPU/SVT | ☐ VT/VES Ablation |
| ☐ ICD/CRT | ☐ Typisches Vorhofflattern | ☐ Ambulantes Gespräch |

Anamnese und Medikation:

Orale Antikoagulation ☐ nein ☐ ja _____

Kontrastmittelallergie ☐ nein ☐ ja

Metformin ☐ nein ☐ ja

Schilddrüsenerkrankung ☐ nein ☐ 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 am Tag der stationären Aufnahme nüchtern erscheinen. Die morgendlichen Medikamente – bis auf **Metformin und Antikoagulationsmedikation** – können wie gewohnt mit wenig Wasser eingenommen werden.