

**Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege**

**Wir bieten Ihnen die Möglichkeit zur schnelleren Planung und Organisation einer Koronarangiografie und eventuell folgender Intervention:**

- **Sie vereinbaren in dringlichen Fällen telefonisch einen direkten Termin (werktags 8:30-16<sup>00</sup>) mit unserem Katheter-Team (Durchwahl: 0761/2711 2721)**
- **oder Sie lassen das Formblatt im Anhang, per Fax auf die Durchwahl 0761/2711 782720 zukommen.**

**Nach Eingang der Daten teilen wir Ihnen umgehend einen Termin per Fax mit.**

**Bitte informieren Sie uns (siehe Anhang), ob Sie selbst die vorbereitende Diagnostik und Aufklärung Ihres Patienten durchführen möchten.**

**Gerne bieten wir auch einen prästationären Termin zum Aufklärungsgespräch und Durchführung weiterer evtl. notwendiger Diagnostik an, welchen wir Ihnen bei Inanspruchnahme auch gleich in der primären Faxantwort mitteilen.**

**Für Rückfragen steht Ihnen gerne während der o.g. Zeiten auch ein interventionell tätiger Kollege unter der Durchwahl 0761/ 2711 2715 zur Verfügung.**

**Mit freundlichen Grüßen**

**Das Team der Herzkatheterabteilung**



## Fax-Anmeldung zur elektiven Herzkatheteruntersuchung

Fax-Nummer: 0761/2711 782720

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,  
zur Anmeldung eines elektiven Herzkatheters bitten wir Sie dieses Formular auszufüllen und an die  
o.g. Nummer zu faxen. Anschließend erhalten Sie von uns ein Antwort-Fax mit den Terminen für eine  
evtl. Vorbesprechung und die Katheteruntersuchung.

### Patientendaten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_  
Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon Patient: \_\_\_\_\_  
Krankenversicherung: \_\_\_\_\_  Privat

### Einweisende Praxis (Stempel)

Fax-Nummer: \_\_\_\_\_

### Grund der Untersuchung:

Angina pectoris       pathologisches Belastungs-EKG       \_\_\_\_\_

Hatte der Patient bereits Herzkatheteruntersuchungen, Bypass- oder Herzklappen-Operationen?

nein       Herzkatheter, wo \_\_\_\_\_ wann \_\_\_\_\_  
 Bypass/Klappenersatz, wo \_\_\_\_\_ wann \_\_\_\_\_

### Medikation:

orale Antikoagulation     nein     ja \_\_\_\_\_  
Metformin                     nein     ja

### Risikofaktoren für Herzkatheteruntersuchung:

Kontrastmittelallergie                     nein     ja  
Schilddrüsenerkrankung                 nein     ja  
Niereninsuffizienz                    Kreatinin \_\_\_\_\_

Ein aktuelles Labor, incl. TSH, ggf. fT3/fT4, Kalium, Kreatinin, Gerinnung (PTT, Quick/INR) – nicht  
älter als 10 Tage – liegt vor.

**Aufklärung erfolgt durch den einweisenden Arzt.**     **Aufklärung soll im Vorgespräch erfolgen.**

---

(Wird von uns ausgefüllt)

Vorbesprechung und Aufklärungsgespräch am: \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr im  
EKG/Innere Ambulanz im 1. UG.

Bitte aktueller Medikamentenplan, Überweisungsschein und relevante Befunde bitte mitgeben.

Herzkatheter am: \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr; bitte nüchtern erscheinen.

Die morgendlichen Medikamente – bis auf **Metformin und Antikoagulation** – können wie gewohnt  
mit etwas Wasser eingenommen werden.