

- |                                               |                                     |                                                             |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TEE                  | <input type="checkbox"/> Koro       | <input type="checkbox"/> Elektrophysiologische Untersuchung |
| <input type="checkbox"/> Elektrokardioversion | <input type="checkbox"/> Koro + PCI | <input type="checkbox"/> Pulmonalvenenisolation             |
| <input type="checkbox"/> Schrittmacher/ICD-OP | <input type="checkbox"/> _____      | <input type="checkbox"/> _____                              |

**Patientendaten → von der Praxis auszufüllen:**

|                             |                                                                                                                  |                      |  |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--|
| <b>Name, Vorname:</b>       |                                                                                                                  | <b>Geburtsdatum:</b> |  |
| <b>Anschrift:</b>           |                                                                                                                  |                      |  |
| <b>Telefonnummer:</b>       |                                                                                                                  | <b>Größe:</b>        |  |
| <b>Krankenversicherung:</b> |                                                                                                                  | <b>Gewicht:</b>      |  |
| <b>Über-/Einweiser:</b>     |                                                                                                                  |                      |  |
| <b>P-Zusatz</b>             | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher: _____ → <b>MUSS IMMER AUSGEFÜLLT WERDEN!</b> |                      |  |

|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                          |                                                                  |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>Diagnose/Indikation:</b>                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                          |                                                                  |
| <b>Voruntersuchungen erfolgt?</b>               | <input type="checkbox"/> EKG<br><input type="checkbox"/> Ergo                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Echo<br><input type="checkbox"/> Röntgen Thorax | <input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> _____ |
| <b>Besonderheiten vorhanden?</b>                | <input type="checkbox"/> Antikoagulation    Wenn ja, welche: _____<br><input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz <input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> Dialysepflichtig <input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> Kontrastmittel-Allergie <input type="checkbox"/> _____ |                                                                          |                                                                  |
| <b>Bemerkungen:</b><br>(z. B. geplanter Urlaub) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                          |                                                                  |

|                              |                                          |
|------------------------------|------------------------------------------|
| Hausarzt (Stempel, Fax-Nr.): | Kardiologe/Internist (Stempel, Fax-Nr.): |
| <br><br><br>                 | <br><br><br>                             |

**Vom Krankenhaus auszufüllen:**

|                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Vorgespräch:</b>                                                                                                                                                                 | <b>Aufnahme:</b>                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Sprechstundenambulanz<br><input type="checkbox"/> Schrittmacherambulanz<br><input type="checkbox"/> Chefarzt Sekretariat<br><input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Krankenhausaufnahme<br><input type="checkbox"/> Chefarzt Sekretariat<br><input type="checkbox"/> _____<br>Untersuchungsdatum: _____ |
| <b>Angemeldet von:</b>                                                                                                                                                              | <b>Bett angemeldet:</b>                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                              |

**Bitte senden Sie uns die ausgefüllte Anmeldung und Vorbefunde an:**

Klinik für Kardiologie - Chefarzt: Dr. Alexander Becker  
 Telefon: 02431 89-4483/ Fax: 02431 89-2207  
 KIM-Adresse: kardiologie-hjk@tsi.kim.telematik  
 Email: sek-kardiologie@hjk-erkelenz.de

|                         |                  |                               |                              |
|-------------------------|------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Erstellt von: QM        | Geändert von: -- | Prüfung von: Sek. Kardiologie | Freigabe von: CA Kardiologie |
| Erstellt am: 03.07.2026 | Geändert am: --  | Prüfung am: 16.07.2026        | Freigabe am: 16.07.2026      |