



ANMELDEFORMULAR ZUR HERZKATHETERUNTERSUCHUNG

Name des Patienten:

Zuweiser: (LKH / Arzt, Adresse,

Geburtsdatum:

Telefonnummer, Fax

Telefonnummer des Patienten

Zuweisungsdiagnose:

Anmeldedatum:

ACS NSTEMI / instabil
Angina pectoris: stabil / atypisch / keine → CCS I / II / III / IV
Dyspnoe: NYHA: I / II / III / IV

Beschwerden seit:

Vorgeschichte (Datum Ort):

KHK bekannt: nein / ja

MI: nein / ja

Herzkatheter: nein / ja

PCI: nein / ja

Herz Operation: nein / ja

CPR: nein / ja

VT: nein / ja

Synkopen: nein / ja

Risikofaktoren:

Diabetes: nein / Tbl. / Insulin

Nikotin: nein / ja

Hypertonie: nein / ja

Hyperlipidämie: nein / ja

Fam. Disposition: nein / ja

KM-Allergie: nein / ja

NINS: komp.Retention / Dialyse / nein

Patient aufgeklärt: nein / ja

Labor:

CK: TSH basal:

CK-MB: Harnstoff:

TnT / I: Kreatinin:

PZ:

PTT:

Thrombozyten:

EKG: *Streifen immer mitfaxen!*

Derzeitige Medikation:

ASS

Plavix

Heparin / LWMH nein / ja

Kumarine nein / ja

Sonstige:

Ergometrie:

Thallium:

Coronar CT:

USKG:

Holter: