

**FM Terminvereinbarung  
Kardiologie – Angiologie - Pneumologie**

<b>(Patientenaufkleber)</b>	Größe:	Gewicht:
	Hausarzt:	
	Kardiologe/Facharzt:	
	<b>WICHTIG!</b> Telefon Patient:	
	CA-Wahl <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ein-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Zusatzversichert  
 ja  
Krankenkasse:

**Kardiologie – Angiologie- Pneumologie - Prof. Brachmann  
Terminvereinbarung/ Rückfragen Tel. 09561-22-33222 , Fax 09561-22-6490**

Terminwunsch

Notfall, Tel. 09561-22-33222

**Ist die Untersuchung vorstationär/ambulant möglich?**

ja  nein

**Indikation:**

MRSA  JA  Nein

Durchfallerkrankung  JA  Nein

chron. Wunden  JA  Nein

Konservativ / nicht invasive Diagnostik/Behandlung

Pulmonalvenenisolation (PVI)

Koronarangiographie mit/ohne RHK

EPU mit/ohne Ablation SVT/VT

PFO-Verschuß

Schrittmacher-/ICD-Implantation VVI/DDD

PTA A. Carotis

Schrittmacher-/ICD-Wechsel VVI/DDD

Pneumologie Diagnostik/Behandlung

Biven. Schrittmacher ICD (CRT)

Kardioversion

PTA hinrnversorgende Arterie

LAA-Occluder

PTA periphere Arterie

sonstige

TASH

**➔ Cave (bitte ausfüllen):**

Diabetiker

ja

nein

Metformin abges. (3 Tage)

ja

nein

Niereninsuffizienz bekannt

ja

nein

Hyperthyreose bekannt

ja

nein

Marcumarpatient

ja

nein

**Praxisstempel** (bitte mit Faxnummer)

**Ein aktueller Medikamentenplan des Patienten wäre hilfreich für uns.**

**Der Termin für Ihren Patienten wird Ihnen per Fax oder telefonisch mitgeteilt.**