

# Operative Anmeldung

1. Medizinische Klinik/Rhythmologie  
 Chefarzt Dr. Große Meininghaus  
 Telefon: 0355/46 13 42

Thiemstraße 111, 03048 Cottbus  
 email: 1. Med. Klinik@ctk.de  
 Telefax: 0355/46 25 77



<b>Erbetene Maßnahme</b>	
Anmeldung <input type="checkbox"/> HSM-Implantation <input type="checkbox"/> ICD-Implantation <input type="checkbox"/> CRT-... -Implantation  <input type="checkbox"/> MRT-tauglich erwünscht <input type="checkbox"/> telem. Fernabfrage erwünscht <input type="checkbox"/> Firma:	<input type="checkbox"/> Generatorwechsel <input type="checkbox"/> HSM <input type="checkbox"/> ICD <input type="checkbox"/> CRT-... altes System: Lage: <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts Erstimplantation    wann            wo letzter Wechsel    wann            wo <input type="checkbox"/> Sondenneuanlage/-korrektur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aufrüstung von                            auf sonst.:

<input type="checkbox"/> Notfall (Rückruf noch heute)	<input type="checkbox"/> dringend	<input type="checkbox"/> elektiv
---	-----------------------------------	----------------------------------

Kontaktdaten:	Telefon
gewünschter Rückruftermin	
bitte Patienten kontaktieren	Telefon

Fragestellung:

Anmeldender Arzt/Ärztin:	
Betrifft Pat: (Geb.-datum)	

**Diagnose:**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Strukturelle Herzerkrankung:**

**Vorbefunde** (mit der Bitte um Überlassung)

<input type="checkbox"/> Echokardiographie	<input type="checkbox"/> Arztbriefe
<input type="checkbox"/> Langzeit-EKG	<input type="checkbox"/> Herzkatheterbefund
<input type="checkbox"/> Vor-Operationen Thorax/Schulter	

**Hinweise**

*Blutgerinnungshemmende Medikamente nicht längerfristig unterbrechen und nicht mit NMH überbrücken; Ziel INR unter Phenprocoumon 2,0 bis 2,6, DOACs für 24 Stunden pausieren. Duale Plättchenhemmung vor OP (HSM, ICD, CRT) wenn möglich vermeiden.*

**TERMINE:**

<input type="checkbox"/> vorstationär/amb. Beratungsgespräch	am
<input type="checkbox"/> stationäre Aufnahme	am
<input type="checkbox"/> Untersuchungstermin	am

**Interner Bearbeitungsvermerk:**

<input type="checkbox"/> vorausgehende Untersuchungen:	
<input type="checkbox"/> Echo am AN-Tag	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RöThx, Phlebo	<input type="checkbox"/> Station und BM informieren