

Fax-Anmeldung für Invasive Maßnahmen in der AKW

Fax: 040 / 18 18 83-32 05 (HK)

Tel.: 18 18 83-27 28 (HK-Hotline)

Patientendaten:

Vor-/Zuname _____

Krankenkasse _____

Telefon / Mobil _____

Geburtsdatum _____

Praxisstempel

Gewünschtes bitte ankreuzen: Coro/PTCA Wunschdatum: _____

Indikation: Trop pos Trop neg. Instabile AP Dyspnoe III/IV

Risiken: Jod-/KM-Allergie Niereninsuffizienz GFR ___ml/min TSH ___ng/ml

NOAC: 1 Tag vorher pausieren Marcumar: Kein Bridging, 4 Tage vorher pausieren

Spezielle Untersuchung/Eingriff gewünscht:

Angio/PTA TAVI MitraClip LAA PFO

akut <24h dringlich 24-48h elektiv innerhalb 1 Wo.

Sonstiges: _____

Arztunterschrift: _____

Wichtige Unterlagen unbedingt vom Patient mitzubringen:

aktuelle Überweisung + Versichertenkarte, ggf. Befreiungsausweises

Medikamentenplan

Labor (TSH, Kreatinin, LDL, Kalium, Hb)

ggf. Befunde (EKG, Echo, etc)

FAX-Antwort: (wird von uns ausgefüllt) - Terminbestätigung

Termin: _____

Angenommen von + Datum: _____

Bearbeitet von + Datum: _____

Die Information in dieser Fax-Nachricht ist vertraulich und nur für den o.g. Adressaten bestimmt. Für den Fall, dass Sie als Empfänger nicht mit dem o.g. Adressaten identisch oder mit der Aushändigung an ihn betraut sind, seien Sie so nett und benachrichtigen Sie uns und vernichten das Fax. Wir weisen darauf hin, dass jede Verbreitung und Vervielfältigung untersagt ist.