

Patientenanmeldung Herzkatheterlabor BwZkrhs Koblenz

(bitte in **Druckbuchstaben gut leserlich** ausfüllen und per Fax übermitteln an: 0261-281-2114)

Name: _____ Vorname: _____

geb.: _____ Tel.: (_____) _____ Fax: (_____) _____

Strasse: _____

PLZ.: _____ Wohnort: _____

Krankenkasse: _____

Anamnese: _____

Diagnosen: _____

Anmeldung

- Herzkatheterdiagnostik
- kathetergestützte Aortenklappenimplantation
- invasive elektrophysiologischen Untersuchung
- Vorhofflimmerablation
- renale Denervation bei therapierefraktärer arterieller Hypertonie
- Schulung Gerinnungsselbstmanagement CoaguChek

- sonstiges: _____

- _____

aus medizinischen Gründen:
(bitte zutreffendes ankreuzen)

- dringend
- normal

einweisender Arzt: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: (_____) _____ Fax: (_____) _____

Anlage: (Bitte Befunde, soweit vorhanden beifügen) Ruhe-EKG

Belastungs-EKG Echokardiogramm

sonstige Befunde/Berichte _____

PS: ggfls können Sie diesen Bogen auch per Post senden an: Prof. Dr. med. C. Bickel, Internist-Kardiologe-Diabetologe, Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz, Abt. I – Innere Medizin, Rübenacher Str. 170, 56072 Koblenz