



**Telefon:**  
03381 / 41-1550

**Fax:**  
03381 / 41-1509

Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH  
Zentrum für Innere Medizin I  
Hochschulklinik für Angiologie  
Hochstraße 29  
14770 Brandenburg an der Havel

**Email (nicht für Patientendaten):**  
innere.med.1@klinikum-brandenburg.de

**Patientendaten**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Wir bitten Sie für die Indikationsstellung und Planung der Untersuchung / Intervention um die folgenden Angaben bzw. Veranlassung der folgenden Voruntersuchungen:

**Indikation**

**Kurzinformation (Auswahl)**

- Verdacht auf pAVK
- Zustand nach Amputation

**Dringlichkeit**     sofort (heute)     innerhalb von 14 Tagen     innerhalb von 4 Wochen

**Zusätzliche Angaben** (z.B. Diabetes mellitus; Zustand nach Bypass-OP; Dauer der Symptome; e.a.)

**Voruntersuchungen** (Befunde bitte in Kopie mitgeben)

- EKG
- Labor
  - Quick / INR
  - kleines Blutbild
  - Kreatinin
  - Elektrolyte
  - TSH

**soweit erforderlich / vorhanden**

- bei Verdacht auf KHK: Ischämienachweis mittels Belastungs-Test
- bei Verdacht auf Vitium: Echokardiographie
- frühere Herzkatheter-Befunde
- kardiochirurgische OP-Berichte

**Bitte beachten**

- INR muss zur Untersuchung < 1,8 sein.
- ASS/Clopidogrel bitte nicht absetzen.
- Biguanide (z.B. Metformin) müssen 48 Stunden vor der Untersuchung pausiert werden.

Stempel / Unterschrift  
Arzt / Hausarzt