



Telefon:
03381 / 41-1500

Fax:
03381 / 41-1509

Email:
innere.med.1@klinikum-brandenburg.de

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

Indikation

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:

Kurzinformation (Auswahl)

- Vorhofflimmern bekannt seit _____
 Z. n. embolischem Ereignis

Begleit- oder Grunderkrankung

- Vitium
 koronare Herzkrankheit
 Dilative Kardiomyopathie
 Hypertonie

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

Zusätzliche Angaben (z.B. Zustand nach Bypass-OP / Klappenersatz; Dauer der Symptome)

Therapie bisher Antikoagulation (Substanz, seit _____)

Betarezeptoren-Blocker (Substanz, Dosis)

Antiarrhythmika (Substanz, Dosis)

Voruntersuchungen (Befunde bitte in Kopie mitgeben)

- EKG
 Labor
- Quick / INR (Wert, vom _____)
- kleines Blutbild
- Kalium
- Falithrom- / Marcumar-Ausweis

soweit erforderlich / vorhanden

- Echokardiographie
 Langzeit-EKG
 Herzkatheterbefund

Bitte beachten

Vor Kardioversion ist eine lückenlose effektive Antikoagulation über mindestens 4 Wochen mit einem INR von 2,5 bis 3,0 erforderlich. Ein davon abweichendes Vorgehen ist möglich bei Dauer des Vorhofflimmerns <48 h sowie Kardioversion mit vorheriger, bei uns durchgeführter TEE-Untersuchung.

Stempel / Unterschrift
Arzt / Hausarzt