

**Zuweiser/Praxis/Klinik:** _____**Ansprechpartner:** _____**Telefonnummer:** _____**Daten Patient:**

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		Telefonnr.	
Straße, Hausnummer		PLZ; Ort	
Versicherungs- status	O gesetzlich O gesetzlich mit privater Zusatzversicherung für stationär O Privat		

Geplante Prozedur bzw. Indikation:

- Besprechung in der Herzkonferenz (donnerstags)
- Bitte um Rückruf
- Ambulanter Termin**
 - Privatambulanz
 - Klappenambulanz
 - Ambulanz für Herzrhythmusstörungen
 - Spezialsprechstunde für strukturelle Herzerkrankungen
 - Herzinsuffizienz-Ambulanz
 - Spezialambulanz für familiäre Arrhythmiesyndrome und plötzlichen Herztod (Herzgenetikambulanz)
 - Amyloidose-Ambulanz
- Stationärer Termin:**
 - Elektiver Herzkatheter
 - TAVI
 - Indikationsstellung Mitralklappen/Trikuspidalklappen-Clipping
 - EPU/Ablation/Kardioversion
 - PFO
 - Devices: _____
- Sonstiges: _____

Bitte alle relevanten Vorbefunde (Arztbriefe sowie Bildgebung) mitschicken!