

# Anmeldung zur Herzoperation

|      |   |      |  |
|------|---|------|--|
| bei: | <b>Chirurgische Klinik<br/>Klinik für Herzchirurgie<br/>Ärztlicher Direktor: Prof. Karck<br/>Im Neuenheimer Feld 420<br/>69120 Heidelberg<br/>Telefon: 06221/ 56-6272<br/>Fax: 06221/56-33868</b> | von: |  |
|------|---|------|--|

*für Patient/in:*

|   |                                     |                                     |                       |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| Nachname, Vorname                         |                                     | w                                   | m                     |
| Geburtsdatum                              |                                     | <input type="radio"/>               | <input type="radio"/> |
| Telefonnummer                             |                                     |                                     |                       |
| Adresse                                   |                                     |                                     |                       |
| Hausarzt:                                 | Kardiologe:                         |                                     |                       |
| Versicherungsstatus:                      | <input type="radio"/> Regelleistung | <input type="radio"/> Privatpatient |                       |
| Name Krankenkasse,<br>Zusatzversicherung: |                                     |                                     |                       |

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Diagnose:             |   |
| geplante OP:          |   |
| Operationsindikation: | <input type="radio"/> Notfall <input type="radio"/> dringlich <input type="radio"/> elektiv |

|  |   |
|--|---|
| Patient bleibt stationär<br>bis zur OP | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein<br><input type="radio"/> verlegt ins Krankenhaus<br>abrufbar unter Tel.Nr.: _____<br><input type="radio"/> entlassen nach Hause |
|--|---|

Wir bitten um die Zusendung folgender Befunde:

- Herzkatheter mit Bildgebung
- Lungenfunktionsprüfung
- Carotis-Doppler
- Echokardiographie

Unterschrift des anmeldenden Arztes (Name in Druckbuchstaben + Telefonnummer)

Vielen Dank