

# Anmeldung zur Herzoperation

bei:	<b>Chirurgische Klinik Klinik für Herzchirurgie Ärztlicher Direktor: Prof. Karck Im Neuenheimer Feld 110 69120 Heidelberg Telefon: 06221/ 56-6272 Fax: 06221/56-5585</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, Zusatzversicherung:			

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

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

Wir bitten um die Zusendung folgender Befunde:

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

Unterschrift des anmeldenden Arztes (+ Telefonnummer)

Vielen Dank