

Klinik für Innere Medizin II Schwerpunkt Kardiologie



Sana Klinikum
Lichtenberg

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

bitte füllen Sie die gekennzeichneten Formularfelder am Bildschirm aus. Anschließend das Formular, aktuelle Befunde, Einweisungsschein per E-Mail an kardiologie.anmeldung@sana.de übersenden.

Vielen Dank!

(Bei Bedarf ist auch eine Übersendung per Fax möglich: 030/5518 2199)

Danke für die Unterstützung!

Fanningerstr. 32

10365 Berlin

Prof. Dr. med. F. Knebel
Chefarzt

Sekretariat:

Telefon: 030/5518 2129

Telefax: 030/5518 2166

Anmeldung:

Telefon: 030/5518 2176

Telefax: 030/5518 2199

Anmeldung für:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herzkatheter - Koronarangiographie | <input type="checkbox"/> Kardioversion / TEE |
| <input type="checkbox"/> Rechtsherzkatheter | <input type="checkbox"/> Cryo-PVI bei Vorhofflimmern |
| <input type="checkbox"/> Angiographie / PTA | <input type="checkbox"/> HF - PVI bei Vorhofflimmern |
| <input type="checkbox"/> Ereignisrekorder | <input type="checkbox"/> EPU - bei SVT / Herzrasen |
| <input type="checkbox"/> Schrittmacherimplantationen | <input type="checkbox"/> EPU - bei VT / VES |
| <input type="checkbox"/> MICRA-Implantation | <input type="checkbox"/> EPU - bei Synkope |
| <input type="checkbox"/> CCM-Implantation | <input type="checkbox"/> LAA - Verschluss |
| <input type="checkbox"/> CRT-P-Implantation | <input type="checkbox"/> PFO - Verschluss |
| <input type="checkbox"/> ICD-Implantation | <input type="checkbox"/> ASD - Verschluss |
| <input type="checkbox"/> S-ICD-Implantation | <input type="checkbox"/> Vorbereitung TAVI |
| <input type="checkbox"/> CRT-D-Implantation | <input type="checkbox"/> MitraClip |
| <input type="checkbox"/> renale Denervation | <input type="checkbox"/> TriClip |
| <input type="checkbox"/> Kipptisch | <input type="checkbox"/> Koronar - CT |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusprechstunde | <input type="checkbox"/> Kardio-Stress-MRT |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienzprechstunde (§116) | <input type="checkbox"/> Kardio-Ruhe-MRT |
| <input type="checkbox"/> Herzklappensprechstunde | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Patientendaten:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift Pat.		Telefon Pat.
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Versicherung:		
<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> unbekannt		
Anmeldung durch (Praxis/Ärztin bzw. Arzt):		Telefon Praxis:
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Indikation / Fragestellung:		
<input type="text"/>		
Terminabsprache über:		
<input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> mit Patient:in		
<i>Direktaufnahme / -übernahme nur nach telefonischer Rücksprache mit der kardiologischen Aufnahme</i>		