

# 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.aufnahme@sana.de](mailto:kardiologie.aufnahme@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"/> Aggregatwechsel                    | <input type="checkbox"/> EPU - bei Synkope           |
| <input type="checkbox"/> MICRA-Implantation                 | <input type="checkbox"/> LAA - Verschluss            |
| <input type="checkbox"/> CCM-Implantation                   | <input type="checkbox"/> PFO - Verschluss            |
| <input type="checkbox"/> CRT-P-Implantation                 | <input type="checkbox"/> ASD - Verschluss            |
| <input type="checkbox"/> ICD-Implantation                   | <input type="checkbox"/> Vorbereitung TAVI           |
| <input type="checkbox"/> S-ICD-Implantation                 | <input type="checkbox"/> MitraClip                   |
| <input type="checkbox"/> CRT-D-Implantation                 | <input type="checkbox"/> TriClip                     |
| <input type="checkbox"/> renale Denervation                 | <input type="checkbox"/> Koronar - CT                |
| <input type="checkbox"/> Kipptisch                          | <input type="checkbox"/> Kardio-Stress-MRT           |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusprechstunde            | <input type="checkbox"/> Kardio-Ruhe-MRT             |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienzprechstunde (§116) | <input type="checkbox"/> sonstiges                   |
| <input type="checkbox"/> Herzklappensprechstunde            |  |

**Patientendaten:**

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