

# Anmeldung zur Elektrophysiologischen Untersuchung / Ablation



**Klinikum Brandenburg**

Hochschulklinikum der MHB  
Theodor Fontane

**Telefon:**  
03381 / 41-1500

**Fax:**  
03381 / 41-1509

**Email:**  
innere.med.1@klinikum-brandenburg.de

Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH  
Zentrum für Innere Medizin I  
Hochschulklinik für Kardiologie und Pulmologie  
Hochstraße 29  
14770 Brandenburg an der Havel

## Patientendaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wir bitten Sie für die Indikationsstellung und Planung der Untersuchung / Intervention um die folgenden Angaben bzw. Veranlassung der folgenden Voruntersuchungen:

## Indikation

---

---

---

---

---

## Kurzinformation (Auswahl)

- Charakteristische Palpitationen
- Rezidivierendes Herzrasen
- Z. n. Reanimation
- Rezidivierende Synkopen
- Dokumentierte Tachykardien
- Vorhofflattern, Vorhofflimmern

**Dringlichkeit**     sofort (heute)     innerhalb von 14 Tagen     innerhalb von 4 Wochen

**Zusätzliche Angaben** (z.B. kardiale Grunderkrankung; Symptome seit wann; Medikamenten-Anamnese)

---

---

## Voruntersuchungen (Befunde bitte in Kopie mitgeben)

- EKG, wenn vorhanden auch Anfalls-EKG
- Labor
  - Quick / INR
  - kleines Blutbild
  - Elektrolyte
  - TSH

## soweit erforderlich / vorhanden

- Langzeit-EKG
- Echokardiographie
- Ergometrie-Befund
- Herzkatheter-Befund
- Befund früherer EPU (Datum, wo durchgeführt)

## Bitte beachten

- INR muss zur Untersuchung < 1,8 (Quickwert > 45%) sein.
- **Antiarrhythmika inklusive Betarezeptoren-Blocker zwei Tage vor der Untersuchung absetzen** (bei Risiko-Patienten sowie Patienten unter Amiodarone bitten wir um telefonische Rücksprache)

Stempel / Unterschrift  
Arzt / Hausarzt