



I. Medizinische Universitätsklinik  
Kardiologie, Angiologie, Hämostaseologie und  
Internistische Intensivmedizin  
Direktor: Prof. Dr. med. D. Dürschmied

Funktionsbereich Arrhythmie  
Leiter: OA Dr. med. Volker Liebe  
Telefon: +49 621 383-2206  
Telefax: +49 621 383-3061  
schrittmacherambulanz@umm.de

## ANMELDUNG – ELEKTROPHYSIOLOGIE / CIED

### Überweisender Arzt:

\_\_\_\_\_

**Praxisstempel / Tel.- + Fax-Nummer**

\_\_\_\_\_

**Datum**

### Patient:

**Name:** \_\_\_\_\_

**Geb.-Datum** \_\_\_\_\_

**Telefon-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse/Privatpatient:** \_\_\_\_\_

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

### Prozedur:

<b>EPU</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Kardioversion</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Ablation</b>	<input type="checkbox"/>
<b>ICD</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Herzschrittmacher</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Eventrekorder</b>	<input type="checkbox"/>
<b>S-ICD</b>	<input type="checkbox"/>	<b>CRT-P/D</b>	<input type="checkbox"/>		
<b>sonstige</b>	<input type="checkbox"/>	_____			

**!!! Bitte faxen Sie uns auch das Anfalls-EKG und den Arztbrief zu !!!**

**Wunschtermin:**    **nächst möglicher**        \_\_\_\_\_

**ab dem**        \_\_\_\_\_

**nicht am / zwischen**        \_\_\_\_\_

**Termin zum Aufklärungsgespräch wird Ihnen von uns mitgeteilt.**

**Bitte geben Sie diesen Termin an Ihren Patienten weiter. Vielen Dank.**