

# ANMELDUNG

- Schrittmacher**   
  **CRT**   
  **ICD**   
  **Ereignisrecorder**   
  **Andere** .....

## Implantation

- |                      |   |                       |  |
|----------------------|---|-----------------------|--|
| Termin:              | <input type="checkbox"/> regulär<br><input type="checkbox"/> baldmöglichst<br><input type="checkbox"/> Notfall                | Eintrittsart:         | <input type="checkbox"/> ambulat<br><input type="checkbox"/> stationär<br><input type="checkbox"/> sameday |
| bei:                 | <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. André Linka<br><input type="checkbox"/> Sabine Funk<br><input type="checkbox"/> ..... | Wunschdatum:          | .....  |
| Aufklärungsgespräch: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> folgt                                      | stattgefunden am/bei: | .....  |

## Patientin / Patient

- |   |   |
|---|---|
| Vorname: .....  | Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |
| Name: .....   | Geburtsdatum: .....   |
| Strasse, Nr.: .....   | Telefon privat: .....   |
| PLZ, Ort: .....   | Telefon Geschäft: .....   |
| Krankenkasse: .....   | Telefon mobil: .....  |
| <input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Selbstzahler/-in | E-Mail: .....   |

## Diagnose

## Klinische Indikation:

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="radio"/> 01 = Prophylaktisch    | <input type="radio"/> 04 = Synkopen         | <input type="radio"/> 07 = Leistungsintoleranz           | <b>ICD / CRT-D (Zusatzblatt)</b>             |
| <input type="radio"/> 02 = Bradykardie       | <input type="radio"/> 05 = Tachykardie      | <input type="radio"/> 08 = AV-Knoten Ablation            | <input type="radio"/> Primärprophylaktisch   |
| <input type="radio"/> 03 = Schwindelattacken | <input type="radio"/> 06 = Herzinsuffizienz | <input type="radio"/> 99 = Nicht kodifizierte Indikation | <input type="radio"/> Sekundärprophylaktisch |

## EKG-Befund bei Schrittmacher-Erstimplantation:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> 01 = Normaler Sinusrhyth. und normale AV-Überl. | <input type="radio"/> 08 = Andere Schenkelblockierung           |
| <input type="radio"/> 02 = AV-Block 1. Grades                         | <input type="radio"/> 09 = Sinusknotenerkrankung                |
| <input type="radio"/> 03 = AV-Block 2. Grades Typ Wenckebach          | <input type="radio"/> 10 = Sinusknotenerkrankung + AV-Block     |
| <input type="radio"/> 04 = AV-Block 2. Grades Typ Mobitz              | <input type="radio"/> 11 = Brady-/Tachykardie-Syndrom           |
| <input type="radio"/> 05 = AV-Block 3. Grades                         | <input type="radio"/> 12 = Bradykades Vorhofflimmern /-flattern |
| <input type="radio"/> 06 = Totaler Linksschenkelblock                 | <input type="radio"/> 13 = Langes QT                            |
| <input type="radio"/> 07 = Totaler Rechtsschenkelblock                | <input type="radio"/> 99 = Nicht kodifizierter EKG-Befund       |

**Aetiologie:**

- 01 = Ätiologie unbekannt
- 02 = Angeboren
- 03 = Kardiomyopathie
- 04 = Hypertrophe Kardiomyopathie
- 05 = Entzündliche Herzerkrankung
- 06 = Im Anschluss an akuten Myocardinfarkt
- 07 = Hypertensiver Carotissinus
- 08 = Electrical disease
- 09 = Klappenerkrankung, ohne Eingriff an Klappe
- 10 = Chirurgisch, ohne Eingriff an Herzklappe
- 11 = Chirurgisch, nach Herzklappen-Eingriff
- 12 = Nach Katheterablation
- 13 = Nach Herztransplantation
- 14 = Speicherkrankheit
- 15 = Hypertensive Kardiopathie
- 99 = Nicht kodifizierte Aetiologie

**Gewünschte Implantation:**

Implantat:  2-Kammer PM     1-Kammer PM     Leadless PM     Ereignisrecorder  
 CRTP     CRTD     ICD 1KA     ICD 2KA     Andere: .....

Batteriewechsel:  ja     nein    Firma: .....

Firma aufbieten: .....

Lokalisation:  links     rechts

Eigenrhythmus:  ja     nein  
Operationsbericht - Erstimplantation:  ja     nein  
Berichtbeilage von letzter Kontrolle:  ja     nein  
Konnektoren:  ja     nein  
Blindkappen:  ja     nein  
TYREX:  ja     nein

**Vorbereitung:**

EKG bei Eintritt:  ja     nein  
Infusion:  links     rechts

**Medikamente:**

**OAK**     ja     nein    Produkt: .....    Massnahme: .....

**NOAK**     ja     nein    Produkt: .....    Massnahme: .....

Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor    Massnahme: .....

Aspirin    Massnahme: .....

Andere: .....    Massnahme: .....

**Bemerkung**

**Follow-up-Termin** in: ..... Monaten / bei: .....  
Ort: .....

**Visum:** .....