



**St. Josefskrankenhaus**  
Sautierstr. 1  
79104 Freiburg i. Br.

**Klinik für Kardiologie, Rhythmologie  
und internistische Intensivmedizin**

**Chefarzt Prof. Dr.med. M. Brunner**

**Sektion Rhythmologie  
Dr. med. L. Trolese**

Tel.: (0761) 2711-2713  
Fax: (0761) 2711-78-2713

[Rhythmologie@rkk-klinikum.de](mailto:Rhythmologie@rkk-klinikum.de)

[www.josefskrankenhaus-freiburg.de](http://www.josefskrankenhaus-freiburg.de)

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir freuen uns, Ihnen zwei Möglichkeiten zur schnelleren Planung und Organisation einer Untersuchung in der Rhythmologie des St. Josefskrankenhauses anbieten zu können:

- In dringlichen Fällen können Sie werktags zwischen 8.00 Uhr und 17.30 Uhr direkt einen Termin unter der Durchwahl: **0761/2711-2713** vereinbaren
- Sie senden uns das beigefügte Formblatt per Fax an **0761/2711-78-2713** oder per E-Mail an [rhythmologie@rkk-klinikum.de](mailto:rhythmologie@rkk-klinikum.de)

Wir bitten Sie,

- bei Anmeldungen einer elektrophysiologischen Untersuchung/Ablationstherapie bitte **immer** ein EKG der Herzrhythmusstörung sowie ein 12-Kanal-EKG
- bei Anmeldungen für Herzschrittmacher oder ICDs **stets** ein 12-Kanal-EKG

dem Formblatt beizufügen bzw. uns zu übermitteln. Besten Dank.

Nach Eingang der Daten werden wir Ihnen umgehend einen Termin per Fax oder E-Mail mitteilen.

Ihr Rhythmologie TEAM



## Anmeldung Rhythmologie

**Mail:** rhythmologie@rkk-klinikum.de **Fax-Nummer:** 0761/2711-78-2713

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

zur Anmeldung rhythmologischer Patienten bitten wir Sie dieses Formular auszufüllen. Anschließend erhalten Sie von uns eine Antwort mit Aufnahmetermin und evtl. Vorbesprechung.

### Patientendaten:

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

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

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon Patient: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung:  Kasse  Privat

### Einweisende Praxis (Stempel)

### Gewünschte Untersuchung:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Event Recorder    | <input type="checkbox"/> Kardioversion            | <input type="checkbox"/> Pulmonalvenenisolation |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Diagnostische EPU/SVT    | <input type="checkbox"/> VT/VES Ablation        |
| <input type="checkbox"/> ICD/CRT           | <input type="checkbox"/> Typisches Vorhofflattern | <input type="checkbox"/> Sonstige _____         |

### Anamnese und Medikation:

Orale Antikoagulation	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	Kontrastmittelallergie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Metformin	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Niereninsuffizienz	Kreatinin _____	Sonstige	_____

---

### (Wird von uns ausgefüllt)

Prästationäre Aufnahme am: \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr.

Stationäre Aufnahme am: \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr.

Bitte aktuellen Medikamentenplan, Überweisungsschein und relevante Befunde mitbringen.

Bitte am Tag der stationären Aufnahme nüchtern erscheinen. Die morgendlichen Medikamente – bis auf **Metformin und Antikoagulationsmedikation** – können wie gewohnt mit wenig Wasser eingenommen werden.