

Patient*innendaten

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____ Telefon _____

Kasse Privat

Anfordernde*r Ärztin/Arzt: _____

Telefon: (alternativ Praxisstempel) _____
Fax: _____



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM FREIBURG

UNIVERSITÄTS
FREIBURG · BAD KROZINGEN
HERZZENTRUM

Klinik für Kardiologie
und Angiologie I

Telefon: 0761 270-33260
Telefax: 0761 270-73090

Echokardiographie Anmeldung für ambulante Patient*innen

- Untersuchung: TTE (transthorakale Echokardiographie)
 TEE (transösophageale Echokardiographie)
 Stressechokardiographie mit Belastung

Gewünschter Untersuchungstermin: _____

Dringlich Begründung: _____

- Bitte um: Nur echokardiographische Untersuchung und Befund
 mit Besuch in der Hochschulambulanz und Therapieempfehlung

Fragestellung/Indikation: (Wenn möglich bitte letzten Arztbrief beilegen)

Spezielle Fragestellungen bei Anmeldung zur TEE (bitte ankreuzen):

- Sind Allergien bekannt? nein ja _____
Besteht eine Infektionserkrankung? nein ja _____
Bestehen Schluckstörungen/Erkrankungen der Speiseröhre? nein ja _____
Sonstige Erkrankungen der Luftwege? nein ja _____
Komplikationen im Rahmen früherer Sedierungen bekannt? nein ja _____
Besteht eine Antikoagulation? nein ja _____

Bei gewünschter transösophagealer Echokardiographie (TEE) bitte beachten:

- Wenn möglich bitte letztes **durchgeführtes Gerinnungslabor** (inkl. Thrombozyten, Quick bzw. INR und PTT) sowie ggf. sonstige relevante Vorbefunde dem/der Patienten*in mitgeben.
- Der/Die Patient*in muss **nüchtern** erscheinen (d. h. Nahrungskarenz für min. 6 Stunden vor und 2 Stunden nach der Untersuchung). Kleine Mengen klarer Flüssigkeit bis 2 Stunden vor Untersuchung sind erlaubt.
- Bei vorgesehener Durchführung der Untersuchung unter **Sedierung** muss der/die Patient*in **mit Begleitperson** erscheinen. Der/Die Patient*in darf für **24 Stunden** nicht aktiv im Straßenverkehr teilnehmen (insbesondere kein Fahrzeug oder Zweirad führen), keinen Alkohol trinken, keine rechtlich bindenden Entscheidungen treffen und keine gefährlichen Tätigkeiten durchführen.

Datum

Unterschrift und Stempel anfordernde*r Ärztin/Arzt