LKH OSTSTEIERMARK
Steiermärkische
Krankenanstalten

Zuweisung zur Herzschrittmacher-Implantation

Name d. Patienten/-in: _____ Geb.Datum: _____

Adresse: _____

Zuweisendes/e LKH / Station: _____ Tel.: _____

Zuweisung an (implantierende Stelle): _____

NEUIMPLANTATION ANMELDEDATUM: _____

Ext. SM seit _____	li. / re.	SM-abhängig	ja / nein
SM-Implantation	li. / re.	Gerinnung	o.B. / path.

Diabetes:	ja / nein	Tabletten:	ja / nein	Aggregationshemmer:	ja/nein
		Insulin:	ja / nein	PatientIn aufgeklärt?	ja / nein

EKG – DIAGNOSE:

AV-Block I	O	SSS	O	BC / TC:	O
AV-Block IIa	O	CSS	O	LOWN:	O
AV-Block IIb	O	FA	O	Infarkt:	ja / nein
AV-Block III	O	SBB	O	Andere: _____	
		SAB	O		

KLINIK:

O	Synkope / Schwindel	Ruhefrequenz	_____
O	Bradykardiebedingte Herzinsuffizienz	Frequenzanstieg bei	
O	Prophylaktisch vor antiarrhythmischer Therapie	Belastung	_____ ja / nein
O	Andere		

SCHRITTMACHER – VORGESCHLAGENER MODUS:

1. Wahl	AAI	O	***2. Wahl***	AAI	O	***KI***	AAI	O
	AAI-R	O		AAI-R	O		AAI-R	O
	VVI	O		VVI	O		VVI	O
	VVI-R	O		VVI-R	O		VVI-R	O
	DDD	O		DDD	O		DDD	O
Mode Switch			mit O	ohne O				
	DDD-R	O		DDD-R	O		DDD-R	O
	VDD-R	O		VDD-R	O		VDD-R	O
Automatische Testfunktion			ja O	nein O				
MR-Tauglichkeit			ja O	nein O				

SM-MODELL: _____ **SONDE:** _____

Kommentar: _____

_____

_____

Achtung! Jeder Zuweisung unbedingt einen aktuellen EKG-Streifen beilegen!

Name und Unterschrift des zuweisenden Arztes

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
Firmensitz 8010 Graz, Stiftingtalstraße 4-6
FN 49003p, LG für ZRS Graz, UID-Nr. ATU28619206
www.kages.at
Raiffeisen-Landesbank Steiermark AG
IBAN: AT70 3800 0000 0600 9013, BIC: RZSTAT2G

Standort Feldbach
Ottokar-Kernstock-Straße 18
8330 Feldbach

Standort Fürstenfeld
Krankenhausgasse 1
8280 Fürstenfeld

Standort Hartberg
Krankenhausplatz 1
8230 Hartberg

Standort Hartberg
Krankenhausplatz 1
8230 Hartberg