



ANMELDUNG ZUR HERZOPERATION
Herzzentrum Saar
Klinik für Herz- u. Thoraxchirurgie
SHG-Klinken Völklingen
Richardstr. 5-9, 66333 Völklingen
Telefon 06898-12-2472/3, Telefax 06898-12-2258

A:
OP:
EB:
.....
.....
.....

Name des Patienten:		
Vorname:		
geb.:		
Wohnung:		
Straße:		Tel:
Selbstzahler:	1-Bettzimmer:	2-Bettzimmer:
zuweisende Klinik bzw. Kardiologe:		
ärztlicher Ansprechpartner:		Tel.:
Hausarzt:		
Herzkatheterlabor:	Nr.:	Datum:
Diagnose:		
vorgeschlagene Op.:		dringlich/elektiv
Carotis-Doppler:		
Focussuche(nicht bei KHK):	Zähne:	HNO:
Diabetes:ja/nein	Insulinpflichtig: ja/nein	
V. Saphena magna (nur bei KHK) brauchbar:		fraglich:
Phlebographie:		
Blutgruppe:	HIV:	
Datum:	Unterschrift:	

Ergebnis der Indikationsbesprechung

Diagnose:	EF:		
Vorgehen:	TMR:	VGEF:	Myo:
Eigenblutspende:			
Risiko-Score (7 gering - 1 hoch)			
Dringlichkeits-Score (7 elektiv - 1 Notfall)			
OP-Dauer-Score (7 kurz- 1 Reop)			
Datum:	Unterschrift:		