

Patientenvorstellung

Zur Kunstherz (VAD) Therapie

Name, Vorname des Patienten: _____	Praxisstempel
geboren am: _____	Ärztliche Rückmeldung erwünscht <input type="radio"/> per Telefon <input type="radio"/> per Fax

NYHA Klassifikation

Ejektionsfraktion - EF [%] %

Anzahl der **Hospitalisierungen** bei Dekompensation in den letzten 12 Monaten

Herzinsuffizienz-Medikation kann nicht ausdosiert werden

Gewünschter Behandlungsschwerpunkt

- Ambulante Vorstellung
- Stationäre Aufnahme

Bitte ausfüllen, falls eine direkte Kontaktaufnahme mit Einverständnis des Patienten erwünscht ist.

Telefon des Patienten:

Wir haben mit Ihrem Patienten einen Termin für den vereinbart.

Weitere Informationen