

Patientenanmeldung in der Lungenhochdruckambulanz

Bitte per Fax an 0931/ 791 2418 inkl. Vorbefunde

Datum der Anfrage:	
--------------------	--

Patientendaten:

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Krankenkasse:	
Telefonnummer:	
Blutverdünnung? Was?	

Anmeldung durch:

Arzt/Ärztin:	
Krankenhaus/ Praxis:	
Abteilung/Station:	
Telefonnummer für Rückfragen:	

Vorerkrankungen (bitte ankreuzen):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lungenembolie/ TVT | <input type="checkbox"/> Sklerodermie/ andere Kollagenose | <input type="checkbox"/> Linksherzinsuffizienz/ HFpEF |
| <input type="checkbox"/> KHK | <input type="checkbox"/> Leberzirrhose | <input type="checkbox"/> COPD |
| <input type="checkbox"/> Lungenfibrose | <input type="checkbox"/> Atempumpeninsuffizienz/ OHS | <input type="checkbox"/> HIV |

Klinik:

Beschwerden seit:	
Synkopen, wann?	
Aktuell dekompensiert?	
Z.n. rez. Dekompensation, wann?	

Befunde: Bitte ausfüllen sofern Untersuchungen durchgeführt!

Echo vorhanden?	Falls vorhanden bitte ausfüllen und Befund beifügen! Wenn Befund nicht vorhanden bitte Angabe wo der Befund anzufordern ist!
SPAP (mmHg)	

TAPSE (mm)	
Nt-proBNP (pg/ml)	
Bilirubin (mg/dl)	
Resistente Keime?	
RHK gelaufen?	Falls vorhanden bitte ausfüllen und Befund mit Hämodynamik beifügen!
mPAP (mmHg)	
PCWP (mmHg)	
PVR (dyn*sec*cm ⁻⁵)	
CI (ml/min/KÖF)	
Weitere wichtige Befunde:	

Ab hier wird durch Lungenhochdruckambulanz ausgefüllt!

Primär stationär = PH-Notfall (bei Synkopen, erhöhten Leberwerten, ANV, SPAP > 50 mmHg, rez. Dekompensationen etc.):

Anzumeldende Untersuchungen:

Tag 1: _____

Tag 2: _____

Tag 3: _____

Tag 4/ sonstige Untersuchungen: _____

MRSA- Abstrich bei Aufnahme? Ja Nein

Antikoagulation/ Plättchenhemmung? Wie weiter? _____

Bridging mit NMH? Ja Nein

Über PH- Ambulanz:

Kategorie I (dringend, innerhalb der nächsten 4 Wochen)

Kategorie II (früh- elektiv, innerhalb der nächsten 2 Monate)

Kategorie III (elektiv)

Datum:

Unterschrift: