

Deutsches Herzzentrum der Charité | Campus Virchow-Klinikum | 13344 Berlin

**Klinik für Kardiologie, Angiologie und Intensivmedizin  
Campus Virchow-Klinikum | Mittelallee**

**Patienten-Anmeldung**

**Klinikdirektor (komm.): Prof. Dr. med. Henryk Dreger**

für

Augustenburger Platz 1 | 13353 Berlin  
Tel. +49 30 450 553 702  
Fax +49 30 450 7553 702  
[kardio-sekretariat@dhzc-charite.de](mailto:kardio-sekretariat@dhzc-charite.de)  
<https://kardio-cvk.charite.de/>

DHZC - Deutsches Herzzentrum der Charité  
Klinik für Kardiologie, Angiologie und  
Intensivmedizin  
Campus Virchow-Klinikum | Mittelallee

**Stationäre Terminvergabe**  
Tel.: +49 30 450 565 400 (1)  
Fax: +49 30 450 7565 400  
E-Mail: [kardio-leitstelle@dhzc-charite.de](mailto:kardio-leitstelle@dhzc-charite.de)

Anmelder\*In – zuweisende\*r Arzt\*In – Hausarzt\*In – verlegende Einrichtung / Klinik

Name, Vorname, Titel / Einrichtung	.....	.....
Straße / PLZ Ort	.....	.....
Tel. / Fax / E-Mail	.....	.....
	Patient direkt übernehmen	direkter Kontakt

Patient\*In

Name, Vorname, Titel, Geb.-Datum	.....	.....
Straße / PLZ Ort	.....	.....
Tel. / Fax / E-Mail	.....	.....
	Patient soll von oben genannter Adresse einbestellt werden <input type="checkbox"/>	
Versicherung / Zusatz	..... Privatbehandlung.....	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zimmerwunsch	1-Bett-Zi. (__,_ €/Tag) <input type="checkbox"/> 2-Bett-Zi. (__,_ €/Tag) <input type="checkbox"/>	

Anamnese, Diagnose, Diagnostikwunsch und Therapiewunsch

Diagnose	.....	
Voruntersuchungen	letzter HK <input type="checkbox"/> PCI <input type="checkbox"/> Stent <input type="checkbox"/> Datum ..... anderes <input type="checkbox"/> Einrichtung .....	.....
War bereits bei uns	Ambulanz <input type="checkbox"/> Station 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 47i <input type="checkbox"/> 2i <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
Wunsch Diagnostik/Therapie	Ambulant Stationär	
Notfall	Unsere Notaufnahme ist für Sie rund um die Uhr fachkompetent da !	+49 30 450-665 413
Dringlichkeitsstufe	bald (elektiv) <input type="checkbox"/> so schnell wie möglich (dringl.-elektiv) <input type="checkbox"/>	sofort <input type="checkbox"/>
Risiken	.....	
Besonderheiten	orale Antikoagulation ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Krea / GFR .....	

Datum / Unterschrift Anmelder\*In .....