



MUDr. Andreas Hagenow
Bürgermeister-Wilde-Str.16
04910 - Elsterwerda
Tel.03533/182500
praxis.hagenow@medis-netz.de

Patientenanmeldung

Patient: _____ geb: _____

Telefon Pat: _____ email Pat: _____

Wir bitten um **Terminübermittlung an** den Patienten selbst unsere Praxis

Herzinsuffizienz bekannt: JA NEIN [Verdachtsfall zur Diagnostik]

EF vorbekannt: NEIN JA EF _____ % am _____

Belastungsdyspnoe: NYHA I NYHA II NYHA III NYHA IV

Stationär wegen dekompensierter Herzinsuffizienz: JA zuletzt am _____ NEIN

NTpro-BNP (**wenn vorliegend**): _____ pmol/l alternative Einheit: _____ ng/l (=pg/ml)

Den ausgefüllten Bogen bitte an Praxis Dr.Hagenow:
per **FAX 03533 182501** oder über die bekannte **KIM-Mailadresse**.

**Direktkontakt in dringenden Fällen (z.B. akute Dekompensation ambulant oder nachstationär)
über Anja Wessel, Tel. 0178 2103301**

Bitte **Medikamentenplan und relevante
Vorbefunde (insbesondere kardiologische
Befunde, Echobefund oder Epikrisen)** beilegen.

(Praxisstempel Absender)

(Datum)