

Anmeldung zur VAD-Therapie

Patienteninformationen:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w divers

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Krankenversicherung: _____

Zuweiserinformationen:

Name des zuweisenden Arztes: _____

Klinik/Praxis: _____

Fachrichtung: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Adresse: _____

Aktuelle klinische Situation:

Hauptdiagnose: _____

NYHA-Klasse: I II III IV

Letzte EF (%): _____ Letzte NT-proBNP (pg/ml): _____

Letzte Echokardiografie (Datum): _____ Wichtigste Befunde: _____

Letzte Rechtsherzkatheter-Untersuchung (Datum): _____

- PAP (mmHg): _____ PCWP (mmHg): _____ CO/CI: _____

- PVR (Wood-Einheiten): _____

Liegt ein kardiogener Schock vor? Ja Nein

Indikation für VAD:

Bridge to Transplant (BTT) → Ist der Patient auf der Warteliste? Ja Nein

Bridge to Recovery (BTR)

Destination Therapy (DT)

Relevante Komorbiditäten:

- Infektionen (Sepsis, Endokarditis)
- Malignome
- Schwere pulmonale Erkrankung
- Neurologische Erkrankungen (Schlaganfall, Demenz)
- Blutungsneigung/Gerinnungsstörung

Dringlichkeit:

- Elektiv (geplante Vorstellung)
- Dringend (innerhalb von 7 Tagen)
- Notfall (innerhalb von 24 Stunden)

Beigefügte Dokumente:

- Arztbrief
- Echokardiografie-Befund
- Laborwerte
- Rechtsherzkatheter-Befund
- Sonstige Untersuchungen

Bemerkungen:

Datum & Unterschrift des Zuweisers:

Datum: _____

Unterschrift: _____