

**Poradnia Zaburzeń Rytmu Serca i Kontroli Kardystymulatorów** Data zgłoszenia: .....

**ul. Radomska 70 , 27-200 Starachowice**

tel. 41 2739064 , 41 2739831 , fax. 41 2739067

e-mail: poradnia.kardio@szpital.starachowice.pl

**KARTA KWALIFIKACYJNA DO IMPLANTACJI STYMULATORA / CRT-P/D / ICD**

Imię i nazwisko pacjenta: ..... wiek: .....

Adres: kod pocztowy: ..... miejscowość: .....

ul. .... nr domu: ..... nr mieszkania: .....

PESEL: ..... nr telefonu do pacjenta: .....

Rozpoznanie (choroba główna): .....

.....  
.....

Dotychczasowy przebieg choroby i stosowane leczenie: .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Zapisy z udokumentowanymi zaburzeniami rytmu / przewodzenia (w załączeniu):

EKG: .....

i/lub Holter:

.....  
.....

Pieczętka i nr telefonu  
jednostki zgłaszającej

Pieczętka i podpis lekarza zgłaszającego  
.....

**WYNIK KWALIFIKACJI:**

Zakwalifikowany do: .....

Termin przyjęcia: .....

Data kwalifikacji: .....

Pieczętka i podpis lekarza konsultującego  
.....