

International Patients

Please complete the following section

Full name and date of birth

Home address

Temporary address in Germany

International cellphone number / fax number / e-mail address

Example +xx (yyy) zzzz zzzz

Health care insurance (if applicable)

Single room preferred? Yes No

For internal use

ICD Hauptdiagnose:

Vorhofflimmern	Paroxysmal	<input type="checkbox"/> I48.0	Persistierend	<input type="checkbox"/> I48.1
Vorhofflattern	Typisch	<input type="checkbox"/> I48.3	Atypisch	<input type="checkbox"/> I48.4
Supraventrikuläre Tachykardie		<input type="checkbox"/> I47.1		
Ventrikuläre Tachykardie		<input type="checkbox"/> I47.2	Extrasystolie	<input type="checkbox"/> I49.3
WPW-Syndrom		<input type="checkbox"/> I45.6		

Erwartete DRG:

CARTO3 Mapping und Ablation

mit transeptaler Punktion F50A ohne transeptale Punktion F50B

Dauer stationärer Aufenthalt __ Nächte

