

Dr. med. Jürgen Wilhelm
 Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie

Kardiologische Ambulanz
 Tel.Nr: 06631 – 98-1225
 Fax.Nr.: 06631 – 984225
 Schwabenröder Str. 81, 36304 Alsfeld

• **Patientendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum)**

• **Kardiologisch relevante Grunddiagnosen**

<input type="checkbox"/>	KHK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Myokardinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bypass
<input type="checkbox"/>	Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Myocarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stend
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COPD/Lungenfibrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ICD/CRT
<input type="checkbox"/>	Kardiomyopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

• **Klinische Historie**

Schon einmal auf Grund von Herzinsuffizienz dekompensiert (Klinikeinweisung)?

<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unbekannt	<input type="checkbox"/>	Wann:	<input type="checkbox"/>
--------------------------	------	--------------------------	--------------------------	----	--------------------------	--------------------------	-----------	--------------------------	-------	--------------------------

• **Akute Symptomatik**

	Ja	Nein
Leiden Sie neuerdings unter außergewöhnlicher Atemnot? Bei Belastung oder schon in Ruhe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufig geschwollene Füße, Knöchel oder Beine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie nachts flach liegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich in letzter Zeit abgeschlagen und ermüden rasch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müssen Sie nachts häufiger als sonst zur Toilette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Puls in letzter Zeit schneller oder langsamer geworden oder hast sich am Blutdruck etwas verändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• **Körperliche Untersuchung – zutreffendes bitte ankreuzen**

<input type="checkbox"/>	Herzgeräusch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rasseln in der Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beinödeme	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------	--------------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	--------------------------	-----------	--------------------------

• **Weitere Daten – bitte zufügen (wenn verfügbar, gerne auch zeitnah nachträglich)**

- Gewicht, Blutdruck, EKG
- Labor: Kreatinin, Elektrolyte, kleines Blutbild, BNP oder NTproBNP, Troponin
- Medikamentenplan

• **Anmerkungen des Hausarztes / weitere Befunde**