

HERZLICH WILLKOMMEN!

Bitte rechnen Sie mit **2 Std. Untersuchungsdauer** (Parkuhr, weitere Termine, etc.).

Wir möchten Sie zunächst bitten, die Fragen dieser Seite zu beantworten.

Interne Vermerke: Terminzeit Hz. Rez Warten (X1-3/L) Arzt

Ihre Daten:

↑Name Titel	↑Vorname	↑Geb.-Datum	
↑Straße und Hausnummer	↑PLZ Ort	↑Telefonnummer	↑E-Mail
			<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> Privat/Selbstzahler
↑Überweisender Arzt und/oder Hausarzt		↑Name Ihrer Krankenversicherung	

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

	morgens	/ mittags	/ abends	/ nachts
Beispiel: Apomed XR 25 mg	1	/ 0	/ ½	/ 0
-	/	/	/	/
-	/	/	/	/
-	/	/	/	/
-	/	/	/	/
-	/	/	/	/

Ihre Risikofaktoren:

Wie groß (Größe: cm) und wie schwer (Gewicht: kg) sind Sie?

Haben Sie je geraucht? nein ja
 Falls ja, rauchen Sie immer noch? nein ja
 - Wie viele Jahre haben Sie insgesamt bisher geraucht? () Jahre
 - Wie viele Zigaretten pro Tag im Durchschnitt? () Stück/Tag

Ist Ihr Cholesterinwert ohne Medikamente erhöht? unbekannt nein ja

Leiden Sie unter erhöhtem Blutdruck? unbekannt nein ja

Gibt es Blutsverwandte mit Herzproblemen, Schlaganfall vor dem 60. Lebensjahr? unbekannt nein ja

Sind Sie zuckerkrank (Diabetes mellitus)? nein ja
 Falls ja, erhalten Sie eine Therapie? Keine Therapie Diät Zuckertabletten Insulin

Sind Sie belastendem körperlichem oder seelischem Stress ausgesetzt? nein ja

Treiben Sie regelmäßig Sport, welche Sportart(en)?: _____ nein ja

Ihre Krankengeschichte (Herz- und Kreislaufkrankungen):

Hatten Sie bereits einen Herzinfarkt? Falls ja, in welchem Monat und Jahr? (MM / JJJJ) nein ja

Gab es Krankenhausaufenthalte aufgrund einer Herz- oder Gefäßerkrankung? nein ja

Sind Sie bereits am Herzen oder an Gefäßen behandelt worden (Katheter/Operation etc.)? nein ja

Hatten Sie bereits einen Schlaganfall? Falls ja, in welchem Monat und Jahr? (MM / JJJJ) nein ja

Ist bei Ihnen eine Lungenerkrankung bekannt? nein ja

Ihre soziale Anamnese: (Angabe nach eigenem Ermessen, freiwillig)

Wie ist Ihr Familienstand? ledig verheiratet geschieden verwitwet fester Partner Kinder

Sind Sie derzeit berufstätig? nein ja • falls nein: Rente/Pension? :

Ihr zuletzt/derzeit ausgeübter Beruf?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (freiwillige Angabe)

Hausarzt Private Empfehlung Telefonbuch Gelbe Seiten Internet :

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bonn, den

(Unterschrift Patientin/Patient)

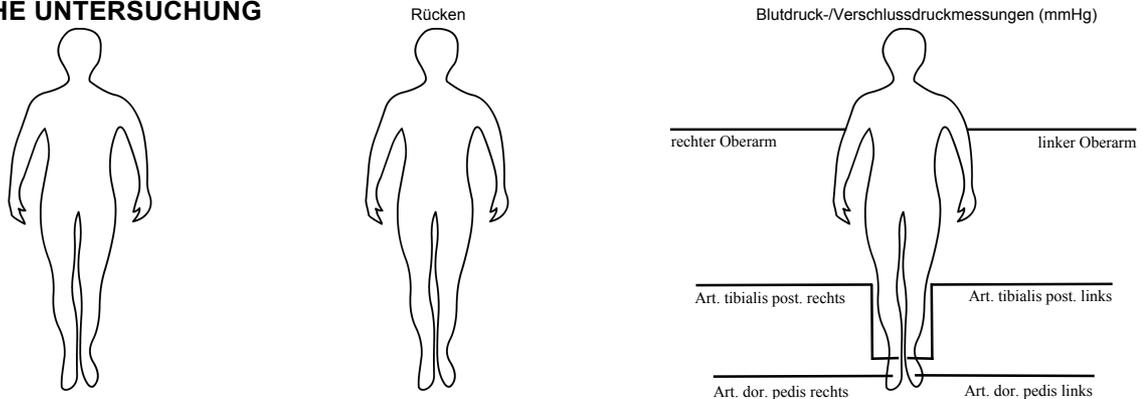
Diese Seite dient dem Arzt zur Erhebung Ihrer Krankengeschichte. Bitte nicht selbst ausfüllen!

ANAMNESE

VORERKRANKUNGEN UND VEGETATIVE ANAMNESE

- Herz/Gefäße/Operationen Asthma/Allergien Niere/Leber/Galle/Magen Schlaf/Verdauung

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG



UNTERSUCHUNGEN (Q+ einkreisen)

- | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TT-Echo Q+ | <input type="checkbox"/> EKG Q+ | <input type="checkbox"/> LZ-EKG Q+ | <input type="checkbox"/> SMK Q+ | <input type="checkbox"/> DSH Q+ | <input type="checkbox"/> CT | | | |
| <input type="checkbox"/> STED n.T. Q+ | <input type="checkbox"/> Phono Q+ | <input type="checkbox"/> LZ-BDM Q+ | <input type="checkbox"/> ICD Q+ | <input type="checkbox"/> DBBG Q+ | <input type="checkbox"/> Herzkatheter | | | |
| <input type="checkbox"/> STED Q+ | <input type="checkbox"/> Lufu Q+ | <input type="checkbox"/> LZ-Duo Q+ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> D-NA Q+ | <input type="checkbox"/> MRT-Herz | | | |
| <input type="checkbox"/> Echo STED Q+ | <input type="checkbox"/> Car.Sin. Q+ | <input type="checkbox"/> 7THolter Q+ | <input type="checkbox"/> amb. CV | <input type="checkbox"/> D-BAO Q+ | <input type="checkbox"/> MRT-Stress | | | |
| <input type="checkbox"/> STEP Q+ | <input type="checkbox"/> Rhyth. Q+ | <input type="checkbox"/> Eventrek Q+ | <input type="checkbox"/> Apnoe Q+ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> MRT-Gefäße | | | |
| <input type="checkbox"/> TEE Q+ | <input type="checkbox"/> Ergometrie Q+- () | <input type="checkbox"/> SP25 () | <input type="checkbox"/> SP50 () | <input type="checkbox"/> SP75 () | <input type="checkbox"/> SP100 () | <input type="checkbox"/> ___ Watt | <input type="checkbox"/> Sperg () | <input type="checkbox"/> 10'/Watt |
| <input type="checkbox"/> Biometrie Q+ | <input type="checkbox"/> Rezeptdruck | <input type="checkbox"/> RezeptPat.? | <input type="checkbox"/> Foto ja | <input type="checkbox"/> Ø Bsp. n. Unters. | | | | |

ANGIOLOGISCHE (GEFÄßE) FUNKTIONSDIAGNOSTIK

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dig-PPG Q+ | (Digitale Photoplethysmographie) EBM: 30500 (phlebo. Basiskomplex, außer Angiol.) GOÄ: 639 (4 Messpunkte) | <input type="checkbox"/> Opt.-PO Q+ | (optische Pulsoszillographie) EBM: J. GOÄ: 635 (4 Messp.) |
| <input type="checkbox"/> BD-Messung | (Laut Standard Hypertoniezentrum) | <input type="checkbox"/> Opt.-PO + Kälte/Nitroprov. Q+ | EBM: J. GOÄ: 636 (4 Messp.) |
| <input type="checkbox"/> SG-VVP Q+ | (Venenschlussplethysmographie) EBM: 30500 (phlebo. Basiskomplex, außer Angiol.) GOÄ: 641 (je Seite) | <input type="checkbox"/> SPO Q+ | (segmentale Pulsoszillographie) EBM: J. GOÄ: 637 |
| <input type="checkbox"/> Opt.-VVP Q+ | (opt. Fühler Venenschlussplethys.) EBM: 30500 (phlebo. Basiskomp., außer Angiol.) GOÄ: 641 (je Seite) | <input type="checkbox"/> VD Q+ | (Verschlussdruck - bitte in Zeichnung eintragen) EBM: J. GOÄ: 643 |
| <input type="checkbox"/> SG-VVP + RH Q+ | (+ reaktive Hyperämie) EBM: 30500 (phlebo. Basiskomplex, außer Angiol.) GOÄ: 641 + 642 (je S.) | <input type="checkbox"/> PWA Q+ | |
- Kompres: UArm re UA li - USch re US li - komp. Arm re kA li - kBein re kB li (EBM: 02313, GoÄ 204)

LABOR |Q+

!!POC!! Trop T: (Pro) | nt-BNP: (Pro) | D-Dimer: (Pro) | hs-CRP: (Pro)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> RoutP Q+ | großes BB, Na, K, Ca, Eisen, CK, CK-MB, Krea, eGFR/MDRD, Harnsäure, AST(GOT), ALT(GPT), alk. Phosphatase, γ -GT, LDH, Billirubin, Cholinesterase, Lipase, Amylase, INR, PTT, Chol, LDL, HDL, Trigyl., HbA1c, Blutzucker, Gesamteiweiß, Elektrophorese, IgA, IgG, IgM, Ferritin, nt-BNP (Abbott), hs-CRP (Progen) |
| <input type="checkbox"/> RoutG Q+ | kleines BB, Na, K, Ca, Eisen, CK, CK-MB, Krea, eGFR/MDRD, Harnsäure, AST(GOT), ALT(GPT), alk. Phosphatase, γ -GT, LDH, Billirubin, INR, PTT, Chol, Trigyl., LDL, HDL, Triglyceride, HbA1c, Blutzucker, Gesamteiweiß |
| <input type="checkbox"/> HKP Q+ | kl. BB, Quick, PTT, Na, K, Ca, Eisen, , HbA1c, Blutzucker, Krea., eGFR/MDRD, Chol, HDL, Triglyceride, OT/AST, PT/ALT, γ -GT, AP, ges., TSH basal |
| <input type="checkbox"/> HKG Q+ | RoutP + M3/P1 = siehe nächste Zeile |
| <input type="checkbox"/> M3/1 Q+ | P1 = TSH, FT3, FT4 |
| <input type="checkbox"/> M3/2 Q+ | P2 = TSH, FT3, FT4, Homocystein |
| <input type="checkbox"/> M3/3 Q+ | P3 = TSH, FT3, FT4, Homocystein, CEA, CA19-9 |
| <input type="checkbox"/> M3/4 Q+ | P4 = TSH, FT3, FT4, Homocystein, CEA, CA19-9, PSA |
| <input type="checkbox"/> Urin Q+ | <input type="checkbox"/> Stix, <input type="checkbox"/> Sedi., <input type="checkbox"/> Urin Albumin-Kreatinin-Quotient (UACR) im Spoturin, <input type="checkbox"/> 24 h Urin HTNZ: Katechol. (Adrenalin, Noradr., Metanephrin, Normeta., Dopa.) |
| <input type="checkbox"/> HyperP Q+ | Plasma/Blut: !!! Viggo legen, ruhiger Raum, 20' Ruhepause (liegen), 12 Std. vor Abnahme kein Alkohol, kein Kaffee, kein Tee, kein Nikotin !!!
RoutP, Plasmaaldosteronkonzentration (PAC), Cortisol, fraktionierte Metanephriene, Plasmareninaktivität (PRA), PAC/PRA-Quotient |
| <input type="checkbox"/> HyperG Q+ | Plasmaaldosteronkonzentration (PAC), TSH basal |
| <input type="checkbox"/> Rehalabor | Profil 1-15, Fette |
| <input type="checkbox"/> Individuell Q+ | Bitte benennen: |