



Herzlich Willkommen,

in unserer Schwerpunktpraxis und im Hypertoniezentrum!

„Nicht Kunst und Wissenschaft allein, Geduld will bei dem Werke sein“ J. W. v. Goethe.

Bitte planen Sie **bis zu 2 Stunden** Aufenthaltsdauer für Ihre Untersuchungen bei uns ein.

Ihr Termin ab: : Uhr **Untersuchungsbeginn** : Uhr (±10 min) **Terminende/Besprechung:** : Uhr (spätestens, Abschlussgespräch)

Nach dem Beantworten geben Sie den Bogen bitte bei Ihrer Ansprechpartnerin an der Rezeption ab.

Mitgebrachte Unterlagen (z. Bsp. Briefe, Laborbefunde, Verordnungspläne) nehmen wir dann gerne entgegen.

Zur Untersuchung holen wir Sie anschließend im Wartezimmer ab.

Ihre Daten:

Name Titel	Vorname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	PLZ Ort	Telefon, Mobil, e-mail
<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Selbstzahler		

Überweisender Arzt und/oder Hausarzt

Ihre Versicherung

Nehmen sie täglich Medikamente ein? Falls ja, welche?

Siehe mitgebrachter Medikamentenplan.

- Name und Dosierung des Medikamentes:	(morgens	mittags	abends)	Kommentar/Information/Hinweise
1	(-	-)
2	(-	-)
3	(-	-)
4	(-	-)
5	(-	-)
6	(-	-)
7	(-	-)
8	(-	-)

Ihre Risikofaktoren:

Wir groß und wie schwer sind Sie? (..... cm), (..... kg)

Haben Sie je geraucht? Nein Ja

Falls ja, rauchen Sie immer noch? Nein Ja. Falls ja, wie viele Jahre insgesamt? Jahre.

Ist ihr Cholesterinwert ohne Medikamente erhöht? Unbekannt Nein Ja

Haben Sie erhöhten Blutdruck? Unbekannt Nein Ja

Gibt es Blutsverwandte mit Herzproblemen oder Schlaganfall vor dem 60ten Lebensjahr? Unbekannt Nein Ja

Sind Sie zuckerkrank (Diabetes mellitus)? Unbekannt Nein Ja

Sind Sie belastendem seelischen oder körperlichen Stress ausgesetzt? Nein Ja

Betätigen Sie sich regelmäßig sportlich? Welche Sportart(en)? Nein Ja

Reha-, Kur- oder AHB-Maßnahmen:

Haben Sie in Ihrem Leben bereits einmal an einer Reha-, Kur- oder AHB-Maßnahme teilgenommen? Nein Ja

Käme derzeit eine Reha für Sie in Frage oder besteht Interesse an mehr Informationen? Nein Ja

Ihre Krankengeschichte (Herz- und Kreislauferkrankungen):

Hatten Sie bereits einen Herzinfarkt? Nein Ja

Gab es bei Ihnen Krankenhausaufenthalte wg. Herz- und Kreislauferkrankungen? Nein Ja

Sind bei Ihnen Operationen/Kathetertherapien am Herz- und Kreislaufsystem durchgeführt worden? Nein Ja

Hatten Sie einen Schlaganfall oder ähnliches? Nein Ja

Ist bei Ihnen eine Lungenerkrankung bekannt? Nein Ja

Ihre soziale Anamnese (Angaben freiwillig):

Ihr Familienstand/Kinder? ledig verheiratet geschieden verwitwet fester Partner Kinder

Sind Sie derzeit berufstätig? Nein, falls nein: Rente/Pension, Sonstige. Ja, falls ja: Angestellt. Selbständig.

Ihr zuletzt ausgeübter Beruf?

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden: Hausarzt Empfehlung Telefonbuch Internet Sonstige

Ihre Unterschrift:

Danke für Ihre Mithilfe!

Ihre betreuende Med. Fachangestellte:

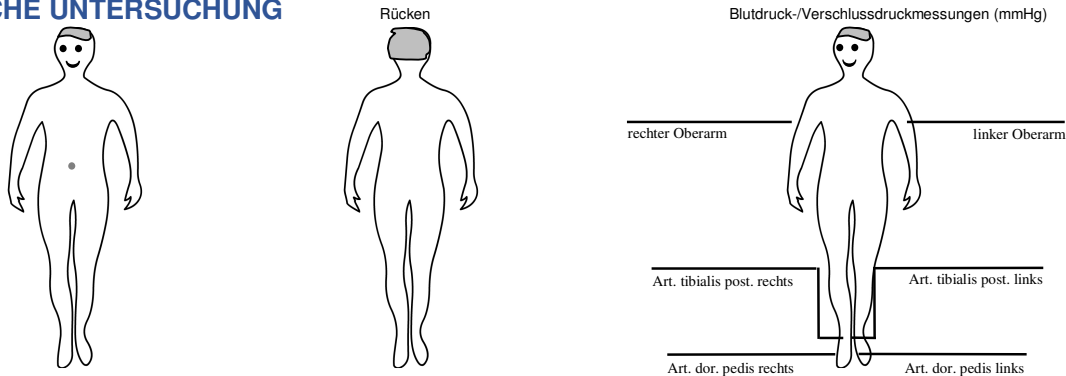


ANAMNESE

VORERKRANKUNGEN UND VEGETATIVE ANAMNESE

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

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG



KARDIOLOGISCHER FUNKTIONSBEREICH (Q+ einkreisen)

- Profil:** Echo, STED, DSH, EKG, Lufu, Phono, Ergo: () SP25 () SP50 () SP75 () ___ Watt

Ultraschall	Ergometrie Q+	EKG/Rhyth	Blutdruck	Weitere	Organisation
<input type="checkbox"/> TT-Echo Q+	<input type="checkbox"/> SP25	<input type="checkbox"/> EKG Q+	<input type="checkbox"/> LZ-BDM Q+	<input type="checkbox"/> Lufu Q+	<input type="checkbox"/> Rezeptdruck
<input type="checkbox"/> STED n.T. Q+	<input type="checkbox"/> SP50	<input type="checkbox"/> LZ-EKG Q+	<input type="checkbox"/> PWA Q+	<input type="checkbox"/> Phono Q+	<input type="checkbox"/> RezeptPat.?
<input type="checkbox"/> STED Q+	<input type="checkbox"/> SP75	<input type="checkbox"/> 48h EKG Q+	<input type="checkbox"/> Schellong	<input type="checkbox"/> Apnoe Q+	<input type="checkbox"/> Foto ja
<input type="checkbox"/> STEP Q+	<input type="checkbox"/> _____(Watt)	<input type="checkbox"/> 7T EKG Q+	<input type="checkbox"/> ABI Q+	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> Foto nein
<input type="checkbox"/> TEE Q+	<input type="checkbox"/> Spiroergom.	<input type="checkbox"/> Eventrek Q+	<input type="checkbox"/> VD Q+	<input type="checkbox"/> Herzkatheter	<input type="checkbox"/> Ø Bsp. n. Unter.
<input type="checkbox"/> DSH Q+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Q+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MRT-Herz	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TKran Q+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rhyth. Q+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MRT-Stress	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> DBBG Q+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Car.Sin. Q+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MRT-Gefäße	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> D-NA Q+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SMK/ICD Q+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Biometrie Q+	<input type="checkbox"/> Ich Nehme Ab
<input type="checkbox"/> D-BAO Q+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> amb. CV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ern. Beratung

ANGIOLOGISCHER FUNKTIONSBEREICH

- SG-VVP |Q+ (Venenschlussplethysmographie) EBM: **30500** (phlebo. Basiskomplex, außer Angiol.) GOÄ: **641** (je Seite)
- OPT.-VVP |Q+ (opt. Fühler Venenschlussplethy.) EBM: **30500** (phlebo. Basiskomplex, außer Angiol.) GOÄ: **641** (je S.)
- SG-VVP + RH |Q+ (+ reaktive Hyperämie) EBM: **30500** (phlebo. Basiskomplex, außer Angiol.) GOÄ: **641 + 642** (je S.)
- Dig-PPG |Q+ (Digitale Photoplethysmographie) EBM: **30500** (phlebo. Basiskomplex, außer Angiol.) GOÄ: **639** (4 Messpunkte)
- SPO |Q+ (segmentale Pulsoszillographie) EBM: ./ GOÄ: **637**
- VD |Q+ (Verschlussdruck - bitte in Zeichnung eintragen) EBM: ./GOÄ: **643**
- Opt.-PO |Q+ (opt. Pulsoszillographie) EBM: ./ GOÄ: **635** (4 Messp.)
- Kompress.-Verb. Extremität: _____

Info:

LABOR |Q+

Akutlabor (Iliä) Trop I: | nt-BNP: | D-Dimer: | hs-CRP:

- RoutP** (rot, 2x Iliä, blau) großes BB, Na, K, Ca, Eisen, CK, Krea, eGFR/MDRD, Harnsäure, AST(GOT), ALT(GPT), alk. Phosphatase, y-GT, LDH, Billirubin, Cholinesterase, Lipase, Amylase, INR, PTT, Chol, LDL, HDL, Trigyl., HbA1c, Blutzucker, Gesamteiweiß, Elektrophorese, IgA, IgG, IgM, Ferritin, nt-BNP, hs-CRP
- RoutG** (rot, blau, Iliä) kleines BB, Na, K, Ca, Eisen, CK, Krea, eGFR/MDRD, Harnsäure, AST(GOT), ALT(GPT), alk. Phosphatase, y-GT, LDH, Billirubin, INR, PTT, Chol, Trigyl, LDL, HDL, Triglyceride, HbA1c, Blutzucker, Gesamteiweiß
- HKP** (rot, blau, Iliä) RoutP + M3/1
- HKG** (rot, blau, Iliä) kl. BB, Quick, PTT, Na, K, Ca, Eisen, HbA1c, Blutzucker, Krea., eGFR/MDRD, Chol, HDL, Triglyceride, OT/AST, PT/ALT, y-GT, AP, ges., TSH basal
- Rehalabor** (rot, Iliä) Profil 1-15, CK, Fette, kl. BB, GFR/MDRD, HbA1c
- M3labor** (rot) **M3/1** TSH, FT3, FT4 **M3/2** (rot) = M3/1 + Homocystein **M3/3** (rot) = M3/1-2 + CEA, CA19-9 **M3/4** (rot) = M3/1-3 + PSA
- Individuell** Bitte benennen:
- Urin** Stix Urin Albumin-Kreatinin-Quotient(UACR) im Spoturin 24 h Urin: Katecholamine (Adrenalin, Noradrenalin, Metanephri, Normetanephri, Dopamin)
- HTNZ** (2x rot, 3x Iliä, blau) **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 Metanephri, Plasmareninaktivität (PRA), PAC/PRA-Quotient
- HTNZDü** Katecholamine + Metanephri im EDTA(=frisch) (2x Iliä) Chromogranin A (rot) Kalium, Natrium, Krea (rot) Renin + Aldosteron (Iliä,rot) Cortisol (rot) ACTH (Iliä) Parathormon (rot) TPO, TRAK, TAK (rot) ANA (rot) TSH (rot) FT3 (rot) FT4 (rot)