

# Herzlich willkommen!

in unserer Schwerpunktpraxis und im Hypertoniezentrum!

Nach dem Ausfüllen der Abschnitte A-E geben Sie den Bogen und Ihre weiteren Unterlagen bitte an der Rezeption ab. Zur Untersuchung holen wir Sie im Verlauf im Wartezimmer ab.

Je nach Untersuchungsaufwand kann es bis zum ärztlichen Abschlussgespräch **bis zu 2 Stunden** dauern. „Nicht Kunst und Wissenschaft allein, Geduld will bei dem Werke sein“ J. W. v. Goethe.

WIFISPKAR



Ihr Termin (vereinbart) \_\_\_\_\_ : Untersuchungsbeginn (voraussichtlich, ±15 min) \_\_\_\_\_ : Abschlussgespräch (definitiv spätestens) \_\_\_\_\_ :

A Falls Sie Medikamente einnehmen, bitte hier eintragen. Haben Sie eine Liste dabei?	Anzahl z. Bsp. (1-0-0)
1.)	(      )
2.)	(      )
3.)	(      )
4.)	(      )
5.)	(      )
6.)	(      )
7.)	(      )
8.)	(      )
9.)	(      )

## B Ihre persönlichen 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				

## C Sind Sie in einem Patienten- /Gesundheits- /DMP- Programm eingeschrieben?

Nein. Ja, in diesem „Programm“:  DMP-Diabetes,  DMP-KHK,  DMP-COPD,  Sonstiges:

## D Ihre Risikofaktoren:

Wie groß und wie schwer sind Sie?	( _____ cm), ( _____ kg)
Haben Sie je geraucht?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Falls ja, rauchen Sie immer noch, und wie viele Jahre insgesamt addiert?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____ Jahre
Ist ihr Cholesterinwert ohne Medikamente erhöht?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unbekannt
Kennen Sie ihren Blutdruckwert? - Haben Sie erhöhten Blutdruck? .....	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unbekannt
Gibt es Blutsverwandte mit Herzproblemen oder Schlaganfall vor dem 60ten Lebensjahr?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unbekannt
Sind Sie zuckerkrank (Diabetes mellitus)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unbekannt
Sind Sie belastendem seelischen oder körperlichen Stress ausgesetzt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unbekannt
Betätigen Sie sich regelmäßig sportlich? Welche Sportart(en)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unbekannt

## E Reha-, Kur- oder AHB-Maßnahmen:

Haben Sie in Ihrem Leben bereits einmal an einer -Maßnahme teilgenommen?  Nein  Ja

## F Ihre Krankengeschichte (Herz- und Kreislauferkrankungen):

Hatten Sie bereits einen Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unbekannt
Gab es bei Ihnen Krankenhausaufenthalte wg. Herz- und Kreislauferkrankungen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unbekannt
Hatten Sie einen Schlaganfall oder ähnliches?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unbekannt
Ist bei Ihnen eine Lungenerkrankung bekannt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unbekannt

## E Ihre soziale Anamnese (Angaben freiwillig):

Ihr Familienstand/Kinder?	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> fester Partner <input type="checkbox"/> Kinder
Sind Sie derzeit berufstätig?	<input type="checkbox"/> Nein. (Falls nein: <input type="checkbox"/> Rente/Pension, <input type="checkbox"/> Sonstige). <input type="checkbox"/> Ja. (Falls ja: <input type="checkbox"/> Angestellt. <input type="checkbox"/> Selbständig
Ihr zuletzt ausgeübter Beruf?	

## F Datenschutz!

Bitte möglichst keine Rückfragen an der Rezeption. Fragen klären wir unter 4 Augen im Behandlungsraum.

Bonn, den \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient\*In

Interne Vermerke: MFA ..... (Hz.) - FOTO:  VORHANDEN  HEUTE NOCH

Ihre Praxis mit Empfehlung:

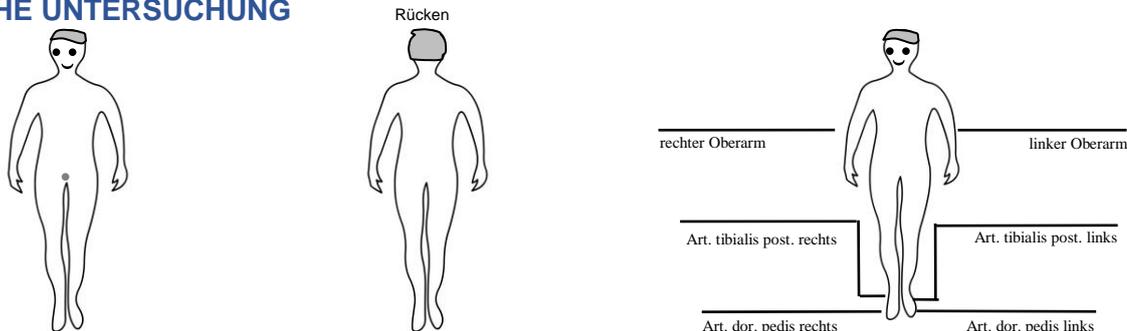


## ANAMNESE

### 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"/> Ø Bsp. n. Unter.
<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"/> DMP prüfen
<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 Heute
<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"/> TEE  Q+	<input type="checkbox"/> Spiroergom.	<input type="checkbox"/> Eventrek  Q+	<input type="checkbox"/> VD  Q+	<input type="checkbox"/> HK elektiv	
<input type="checkbox"/> DSH  Q+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rhyth.  Q+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HK n. Montag	<input type="checkbox"/> Rezeptdruck
<input type="checkbox"/> TKran  Q+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Car.Sin.  Q+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MRT-Herz	<input type="checkbox"/> RezeptPat.?
<input type="checkbox"/> DBBG  Q+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SMK/ICD Q+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MRT-Stress	
<input type="checkbox"/> D-NA  Q+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> amb. CV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MRT-Gefäße	<input type="checkbox"/> Ich Nehme Ab
<input type="checkbox"/> D-BAO Q+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Biometrie  Q+	<input type="checkbox"/> Ern. Beratung
<input type="checkbox"/> Bemerkung:					

### ANGIOLOGISCHER FUNKTIONSBEREICH

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <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 Venenschlussplethy.) EBM: 30500 (phlebo. Basiskomplex, außer Angiol.) GOÄ: 641 (je S.)       | <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"/> Opt.-PO  Q+ (opt. Pulsoszillographie) EBM: J. GOÄ: 635 (4 Messp.)       |
| <input type="checkbox"/> Dig-PPG  Q+     | (Digitale Photoplethysmographie) EBM: 30500 (phlebo. Basiskomplex, außer Angiol.) GOÄ: 639 (4 Messpunkte) | <input type="checkbox"/> Kompress.-Verb. Extremität: _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Info:           |   |  |

### LABOR |Q+

**Akutlabor (lila)**   **Trop I:**    **nt-BNP:**    **D-Dimer:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>RoutP</b> (rot, 2x lila, blau)   | großes BB, Na, K, Ca, Eisen, CK, 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                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>RoutG</b> (rot, blau, lila)      | kleines BB, Na, K, Ca, Eisen, CK, 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"/> <b>HKP</b> (rot, blau, lila)        | RoutP + M3/1  |
| <input type="checkbox"/> <b>HKG</b> (rot, blau, lila)        | 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"/> <b>Rehalabor</b> (rot, lila)        | Profil 1-15, CK, Fette, kl. BB, GFR/MDRD, HbA1c   |
| <input type="checkbox"/> <b>M3labor</b> (rot)                | <input type="checkbox"/> <b>M3/1</b> TSH, FT3, FT4 <input type="checkbox"/> <b>M3/2</b> (rot) = M3/1 + Homocystein <input type="checkbox"/> <b>M3/3</b> (rot) = M3/1-2 + CEA, CA19-9 <input type="checkbox"/> <b>M3/4</b> (rot) = M3/1-3 + PSA  |
| <input type="checkbox"/> <b>Individuell</b>                  | Bitte benennen:   |
| <input type="checkbox"/> <b>Urin</b>                         | <input type="checkbox"/> Stix <input type="checkbox"/> Urin Albumin-Kreatinin-Quot. (UACR) im Spoturin <input type="checkbox"/> 24 h Urin: Katecholamine (Adrenalin, Noradrenalin, Metanephrine, Normetanephrin, Dopamin)   |
| <input type="checkbox"/> <b>HTNZ</b> (2x rot, 3x lila, blau) | <b>Plasma/Blut: !!! Viggo legen, ruhiger Raum, 20' Ruhepause (liegen), 12 Std. vor Abnahme kein Alkohol, kein Kaffee, kein Tee, kein Nikotin !!!</b><br>RoutP, Plasmaaldosteronkonzentration (PAC), Cortisol, fraktionierte Metanephrine, Plasmareninaktivität (PRA), PAC/PRA-Quotient                            |
| <input type="checkbox"/> <b>HTNZDü</b>                       | <input type="checkbox"/> Katecholamine + Metanephrine im EDTA(=frisch) (2x lila) <input type="checkbox"/> Chromogranin A (rot) <input type="checkbox"/> Kalium, Natrium, Krea (rot) <input type="checkbox"/> Renin + Aldosteron (lila,rot)  |
| <input type="checkbox"/> <b>Lipidologie</b>                  | <input type="checkbox"/> Cortisol (rot) <input type="checkbox"/> ACTH (lila) <input type="checkbox"/> Parathormon (rot) <input type="checkbox"/> TPO, TRAK, TAK (rot) <input type="checkbox"/> ANA (rot) <input type="checkbox"/> TSH (rot) <input type="checkbox"/> FT3 (rot) <input type="checkbox"/> FT4 (rot) |
|  | <input type="checkbox"/> Kl. BB, Na, K, CK, Krea, GFR, HS, GOT, GPT, AP, γGT, Bili, LDH, Gesamteiweiß, BZ, HbA1c, TSHbasal, E'phorese, ANA(rot)   |
|  | <input type="checkbox"/> Cholesterin, LDL, HDL, Triglyceride <input type="checkbox"/> Lp(a), ApoB, non-HDL, Chylomikronen, Lipidelektrophorese  |