


Checkliste Dringlichkeit Herzinsuffizienzambulanz		 <b>CardioPraxis</b> Staufen
	CardioPraxis Staufen	

Allgemeine Fragen:

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_  
Hausärztin/-arzt: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Fragen zu Herzbeschwerden:

Nur bei Neupatienten: Vorbekannte Herzinsuffizienz oder Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welche: _____
Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Neuaufgetretene Verschlechterung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Nächtliche Atemnot	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Flaches Liegen im Bett möglich	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Nächtliches Husten	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Zunahme in den letzten 1-2 Wochen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Verminderte Belastbarkeit	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Vermehrte Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Knöchel- oder Beinschwellung beidseitig	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Röcheln oder Pfeifen beim Atmen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Zunahme in den letzten 1-2 Wochen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Völlegefühl im Bauch und oder Appetitverlust	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Druckgefühl im Brustkorb	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Gewichtszunahmen von 2 KG pro Woche	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Herzrasen und/oder Herzstolpern	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Seite 1 von 1	<b>Dokumentenpfad:</b> HFU Checkliste Dringlichkeit V1.0.docx	<b>Erstellt:</b> 07.02.19	
	<b>Version:</b> 1.0	<b>Geprüft:</b> 09.02.19	
		<b>Freigegeben:</b> Thomas Störk	12.02.19