

|  |                             |   |
|--|-----------------------------|---|
| Checkliste Dringlichkeit<br>Herzinsuffizienzambulanz |                             |  <b>CardioPraxis</b> Staufen |
|  | <i>CardioPraxis Staufen</i> |   |

Allgemeine Fragen:

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

Fragen zu Herzbeschwerden:

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

|               |   |                                  |          |
|---------------|---|----------------------------------|----------|
| Seite 1 von 1 | <b>Dokumentenpfad:</b><br>HFU Checkliste Dringlichkeit<br>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 |