

Name	
Adresse	

Erstzuweisung Kardiomobil

Datum der Erstzuweisung _____

Soz.-Vers.-Nr.: _____ Zuweiser: _____ Tel: _____

Tel.-Nr. Patient: _____ Hausarzt: _____

Besuch erbeten in _____ Wochen

Diagnosen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Systolische Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Diastolische Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Ischämische Kardiomyopathie | <input type="checkbox"/> Hypertensive Kardiomyopathie |
| <input type="checkbox"/> Valvuläre Kardiomyopathie | <input type="checkbox"/> Inflammatorische Kardiomyopathie |
| <input type="checkbox"/> Idiopathische Kardiomyopathie | <input type="checkbox"/> Andere Ursachen der CMP: _____ |

Komorbiditäten

- | | | | | |
|---|---|--|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hepatopathie | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> arterielle Hypertonie | <input type="checkbox"/> Vorhofflimmern | <input type="checkbox"/> COPD |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus II | <input type="checkbox"/> pAVK | <input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie | |
- Raucherstatus: Raucher Exraucher immer Nichtraucher

Klinik

Krankenhausaufenthalte wegen Herzinsuffizienz in den letzten 12 Monaten: _____

Größe: _____ Entlassungsgewicht: _____

Entlassungs-NYHA: I I-II II II-III III III-IV IV

EF: _____ % Diastolische Strg.: keine I II III nicht bekannt

Labor

Natrium:	mmol/l	Kalium:	mmol/l	Kreatinin:	mg/dl
----------	--------	---------	--------	------------	-------

Hb.:	g/dl	BNP:	pg/ml	pBNP:	pg/ml	HbA1c:	%
------	------	------	-------	-------	-------	--------	---

Anmerkungen:

ZUWEISUNG MIT AMBULANZ- ODER KURZARZTBRIEF
INKL. AKTUELLEM THERAPIEVORSCHLAG
AN AVOS FAXEN: 0662 / 887588 – 16

Unterschrift: _____