

Fragebogen – Herzklappenerkrankungen

Kunde

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	eMail	<input type="text"/>
Kundennummer	<input type="text"/>	Antragsnummer	<input type="text"/>

Die anhand dieses Dokuments eingeholten Informationen werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem standesrechtlichen Berufsgeheimnis.

Bitte zutreffende Antworten ankreuzen und gegebenenfalls mit näheren Angaben bzw. Daten ergänzen. **Es ist nicht nötig, die Patientin oder den Patienten dazu aufzubieten.**

Körpergrösse: cm Gewicht: kg Datum:

Blutdruck: mmHg systolisch / mmHg diastolisch Datum:

Raucher/Raucherin: Nein Ja Falls ja, was? Anzahl/Tag?

Hat früher geraucht: nein ja Seit wann nicht mehr? E-Zigaretten: nein ja

Datum der Diagnose: Datum der letzten Konsultation:

Herzklappenfehler:

angeboren erworben, bitte Ursachen angeben:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mitralklappeninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Mitralklappenstenose |
| <input type="checkbox"/> Pulmonalklappeninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Pulmonalklappenstenose |
| <input type="checkbox"/> Trikuspidalklappeninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Trikuspidalklappenstenose |
| <input type="checkbox"/> Aortenklappeninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Aortenklappenstenose |

Schnell fortschreitende Aortenklappenstenose: nein ja
(Einengung der Aortenklappe um $>0,1\text{cm}^2/\text{Jahr}$)

Grad der subvalvulären oder supra-valvulären Einengung:
 keine minimal mittelschwer oder schwer

Aortenklappeninsuffizienz: nein ja

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> minimal, normale Aortenwurzel, LVEDD < 55 mm, Grad Doppler: 1+ |
| <input type="checkbox"/> leicht, normale Aortenwurzel, LVEDD < 55 mm, Grad Doppler: 1–2 |
| <input type="checkbox"/> mittel, mögliche Erweiterung, LVEDD 55-60 mm, Grad Doppler: 2–3+ |
| <input type="checkbox"/> schwer, Erweiterung der Aortenwurzel, LVEDD > 60 mm, Grad Doppler: 3–4+ |

Chirurgischer Eingriff geplant oder durchgeführt: nein ja Falls ja, Daten:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Reparatur oder Ballon-Valvuloplastie |
| <input type="checkbox"/> Valvuloplastie (mechanische oder biologische Herzklappe) |
| <input type="checkbox"/> Valvuloplastie mit patienteneigener Klappe, Ross-Operation |
| <input type="checkbox"/> andere Valvuloplastien |
| <input type="checkbox"/> Reparatur der sub- oder supra-valvulären Einengung |

Sonstiges:

Medikamentöse Behandlung:

Nein Ja

Welche, Dosierung, Datum von - bis?

Aktuelle Symptome/Einschränkungen:

Nein Ja

Falls ja, welche:

Komplikationen und andere Komorbiditäten:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Brustenge | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Vorhofflimmern | <input type="checkbox"/> Kongestive Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Erweiterung der Aortenwurzel | |
| <input type="checkbox"/> andere Valvulopathien / mehrfache Herzklappenfehler | |
| <input type="checkbox"/> Aortenklappenstenose oder Aortenregurgitation nach Valvuloplastie | |
| <input type="checkbox"/> zerebrovaskuläre Erkrankung | <input type="checkbox"/> Herzmuskelverdickung oder -erweiterung |
| <input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom | <input type="checkbox"/> Herzgeräusche |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> COPD | |

Sonstiges:

In den letzten 12 Monaten durchgeführte Untersuchungen:

- | | | |
|--|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ruhe EKG | Ergebnis: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> auffällig | Datum: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Ergometrie | Ergebnis: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> auffällig | Datum: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Echokardiographie | Ergebnis: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> auffällig | Datum: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Funktion des linken Ventrikels: | Ergebnis: <input type="radio"/> LVEF > 50 % | Datum: <input type="text"/> |
| | <input type="radio"/> LVEF 40–49 % | |
| | <input type="radio"/> LVEF <40 % | |

Sonstiges:

Datum:

Weitere Kommentare:

Bitte legen Sie Kopien allfälliger Spezialuntersuchungen sowie die Ergebnisse und Referenzwerte aller Laborbefunde bei.

Arzt/Ärztin

Telefon

Fax

eMail

Datum

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an den ärztlichen Dienst der Mobiliar.