

Fragebogen - Ischämische Herzleiden

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

Diagnose:

Datum der Diagnose:

Diagnose:

Lokalisation:

Ursache:

Datum der letzten Konsultation:

Nähere Angaben:

- Thoraxschmerzen unbestimmter Ätiologie: in Ruhe bei Belastung
Datum der ersten Episode: Datum der letzten Episode:
Häufigkeit pro Monat:
- Koronare Herzkrankheit ohne Myokardinfarkt
- RIVA median oder distal CX oder RCX RIVA proximal LCA
- Funktion des linken Ventrikels: $\geq 50\%$ 40% bis 49% $< 40\%$
- Koronare Herzkrankheit, medizinische Behandlung oder PTCA
- Koronare Herzkrankheit, koronararterieller Bypass mit Verwendung der Arteria thoracica interna als Bypassgefäss
- Koronare Herzkrankheit, koronararterieller Bypass mit Verwendung einer Beinvene als Bypassgefäss oder PTCA mit Stent

Beeinträchtigung der Arterien:

- nein ja
- 1 Gefäss 2 Gefässe 3 Gefässe 4 Gefässe

Stenose:

Lokalisation:

Grad in %:

Angina pectoris:

nein ja

Datum der letzten Episode:

- Keine oder geringe Beeinträchtigung (CCS I oder II)
 Erhebliche Beeinträchtigung (CCS III)
 zunehmendem Schweregrad (CCS IV)

Myokardinfarkt:

- nein ja
 einmalig stumm
 mehrfach oder grosser Vorderwandinfarkt, Anzahl:

Datum des letzten Herzinfarkts:

Lokalisation:

- inferior infero-apikal infero-lateral posterior postero-lateral
 anterior antero-lateral antero-septal unbestimmt
 Verschluss des Hauptstammes der linken Koronararterie
 Postoperatives kognitives Defizit

Wandbewegungsstörungen:

nein ja

- Hypokinese der Herzkammerwand Dyskinesie der Herzkammerwand

In den letzten 5 Jahren 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"/> |
| | Watt: <input type="text"/> oder MET: <input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> Koronarangiografie | Ergebnis: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Auffällig | Datum: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Echokardiografie | Ergebnis: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Auffällig | Datum: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Belastungs-Echokardiografie | Ergebnis: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Auffällig | Datum: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> MRI | Ergebnis: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Auffällig | Datum: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Angiografie | Ergebnis: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Auffällig | Datum: <input type="text"/> |

Sonstiges (Ergebnis und Datum):

Vorgesehene Untersuchungen (Welche und Wann):

Chirurgische Eingriffe:

Datum:

- Angioplastie Perkutane transluminale Angioplastie (PTA)
 Koronararterien-Bypass: ausschliesslich Venenbypass arterieller Bypass
 Stenose des oder der Bypassgefässe(s)
 Stent Bypass Implantierter Defibrillator
 Resynchronisationstherapie (CRT)
 Thrombolyse Ergebnis:
 Aneurysmektomie Ergebnis:

Sonstiges (was und wann):

Befürworteter, aber nicht durchgeführter Eingriff (was und Begründung):

Medikamentöse Behandlung:

Medikamentname:	<input type="text"/>	seit wann:	<input type="text"/>
Medikamentname:	<input type="text"/>	seit wann:	<input type="text"/>
Medikamentname:	<input type="text"/>	seit wann:	<input type="text"/>
Medikamentname:	<input type="text"/>	seit wann:	<input type="text"/>
Medikamentname:	<input type="text"/>	seit wann:	<input type="text"/>
Medikamentname:	<input type="text"/>	seit wann:	<input type="text"/>

Bekannte kardiovaskuläre Risikofaktoren:

nein ja

Falls ja, welche und seit wann:

Diabetes mellitus:

Falls ja:

nein ja

Typ 1 Typ 2

Hb1Ac: %

Glukose (nüchtern): mmol/l

Hyperlipidämie:

Datum:

nein ja

Gesamtcholesterin: mmol/l

HDL-Cholesterin: mmol/l

LDL-Cholesterin: mmol/l

Triglyceride: mmol/l

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.