



Name	
Adresse	

Erstzuweisung Kardiomobil

Datum der Erstzuweisung _____

Soz.-Vers.-Nr. _____ Zuweiser: _____ Tel: _____
(10 stellig):

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: <input type="checkbox"/> Raucher | <input type="checkbox"/> Exraucher | <input type="checkbox"/> immer Nichtraucher | | |

Klinik

Anzahl der 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: _____