



Name	
Adresse	

Erstzuweisung Kardiomobil

Datum der Erstzuweisung _____

Soz.-Vers.-Nr. _____ **Zuweiser*in:** _____ **Tel:** _____
(10 stellig)
Tel.-Nr. _____
Patient*in: _____ **Hausarzt*in:** _____

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*in | <input type="checkbox"/> Exraucher*in | <input type="checkbox"/> immer Nichtraucher*in | |

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 AKTUELLEM BEFUND
 INKL. THERAPIEVORSCHLAG
 AN AVOS FAXEN: 0662 / 887588 – 16**

Unterschrift/Stempel: _____