



Name	
Adresse	

Erstzuweisung Kardiomobil

Datum der Erstzuweisung _____

Soz.-Vers.-Nr. _____ **Krankenversicherungsträger** _____
(10 stellig):

Zuweiser*in _____ **Tel.-Nr. Zuweiser*in** _____

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: _____