

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name; Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Einschreibung/ Erstdokumentation (KA1)
 Folgedokumentation (KA 3)

Kardiologe
 Behandlungsdatum
 Patienten-ID (siehe Datenschutzerklärung)

Erfüllung der Einschreibekriterien (1.-3.)

1. NYHA (I-IV) I II III IV

Angina Pectoris Nein Ja

Wenn ja: CCS II CCS III CCS IV

2. **Aktueller Nachweis einer Ventrikelfunktionsstörung**

systolisch Nein Ja

diastolisch Nein Ja

Ejektionsfraktion % Methode: Echo HKU MRT

3. **Dokumentation** der gesicherten Diagnose über die Regelversorgung erfolgt? Nein Ja

Diagnose:

I50.00 I50.01 I50.11 I50.12 I50.13 I50.14

I50.19 I50.9 Sonstige (ICD-10)

Ätiologie der Herzinsuffizienz

KHK Nein Ja

Kardiomyopathie Nein Ja

Herzklappenfehler Nein Ja

Wenn ja, welche ICD-10

Andere Ätiologie (ICD-10)

Risikofaktoren

Hypertonie Nein Ja

Diabetes mellitus Nein Ja

wenn vorhanden: Typ 1 Typ 2

Fettstoffwechsel Nein Ja

Nikotinabusus Nein Ja

Ex-Nikotinabusus Nein Ja

Herzinfarkt in der Familienanamnese Nein Ja

sonstige Risikofaktoren Nein Ja

Niereninsuffizienz Nein Ja

Depression Nein Ja

Adipositas Nein Ja

COPD Nein Ja

Vorhofflimmern Nein Ja

Ergometrie

(max. Leistung) Watt nicht durchgeführt

Abbruchkriterien

Körperliche Erschöpfung

Auftreten von Rhythmusstörungen

Auftreten von ST-Senkungen

Andere Abbruchkriterien

Aktueller Klinischer Befund

Geschlecht: weiblich männlich

Körpergröße cm Gewicht kg

Bauchumfang cm Herzfrequenz pro Min

Blutdruck

Patienteneinschätzung

Dyspnoe Nein Ja

Wenn vorhanden:

Bei starker körperlicher Belastung

Bei geringer körperlicher Belastung

In Ruhe

Leistungsminderung (Selbsteinschätzung des Patienten)

Keine leichte starke in Ruhe

Nächtlicher Husten Nein Ja

Kardiale Nykturie Nein Ja

Brustschmerz Nein Ja

Zyanose Nein Ja

Kardiale Ödeme abends Nein Ja

Kardiale Ödeme morgens Nein Ja

Komplikationen

Herzrhythmusstörungen Nein Ja

Wenn ja, welche (ICD-10)

Niereninsuffizienz Nein Ja

Wenn ja, welche (ICD-10) GFR-Wert

Respiratorische Insuffizienz Nein Ja

Wenn ja welche (ICD-10)?

Gewichtsmonitoring verordnet? Nein Ja

Labor

BNP pg/m NT proBNP pg/ml

HbA1c % Nüchternblutzucker mg/dl

Medikation

<input type="checkbox"/> ACE-Hemmstoff	<input type="checkbox"/> AT1-Rezeptorantagonisten
<input type="checkbox"/> Betarezeptorenblocker	<input type="checkbox"/> Procoralan
<input type="checkbox"/> Diuretika*	<input type="checkbox"/> Spironolactan/ Inspra
<input type="checkbox"/> Aspirin	<input type="checkbox"/> Clopidogrel/ Prasugrel/Ticagrelor
<input type="checkbox"/> Marcumar	<input type="checkbox"/> NOAK
<input type="checkbox"/> Cholesterinsynthesehemmerstoff/ Ezetimib	<input type="checkbox"/> Digitoxin
<input type="checkbox"/> ARNI (Entresto)	<input type="checkbox"/> ICD/CRT
<input type="checkbox"/> Vericiguat	<input type="checkbox"/> SGLT-2-Inhibitoren**

*Hydrochlorothiazid, Furosemid, Torasemid; **Dapagliflozin, Empagliflozin