



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen Nr.	Versicherten Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr:	VK gültig bis	Datum
Druckfeld für Patienten- und Vertragsarztdate		

**Anlage 4 A**  
**Dokumentationsbogen**  
**Einschreibequartal**  
**Hausarzt - IV KHK-**

**Bitte unverzüglich weiterleiten an:**

- Kardiologie Dr.** \_\_\_\_\_
- Dokustelle FAX: 0231 9432 50 959**

**Einschreibung:**                       V.a. KHK                       KHK bekannt                       Zust. nach Infarkt

**Leitsymptome:**                       Angina pectoris/Thoraxschmerz  
 Neue Herzinsuffizienz/Dyspnoe

**Diagnostik:**                       **EKG**                       normal                       pathologisch                       fraglich  
 **Ergo**                       normal                       pathologisch                       fraglich

**Labor:**                       Cholesterin: \_\_\_\_\_                       LDL \_\_\_\_\_                       HDL \_\_\_\_\_                       Tri \_\_\_\_\_  
 Hb: \_\_\_\_\_                       Thro \_\_\_\_\_                       Krea \_\_\_\_\_                       TSH \_\_\_\_\_

**Risikofaktoren:**                       Raucher / Ex-Raucher                       Diabetes mellitus                       Fettstoffwechselstörung  
**Begleit-/Folgeerkrankung:**                       Hypertonie                       Fam. Belastung                       AVK  
 Herzinsuffizienz                       Niereninsuffizienz                       Apoplex

**Weiteres Vorgehen:**                       Überweisung zum Kardiologen                       invasive Diagnostik

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Vertragsarztstempel