



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

Anlage 4 B
Dokumentationsbogen
Folgequartale
Hausarzt - IV KHK-

Bitte unverzüglich weiterleiten an:

Kardiologie Dr. _____

Dokustelle FAX: 0231 9432 50 959

- Leitsymptome:**
- Keine Beschwerden
 - Angina pectoris/Thoraxschmerz
 - Neue Herzinsuffizienz/Dyspnoe

- Diagnostik:**
- | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> EKG | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> pathologisch | <input type="checkbox"/> fraglich |
| <input type="checkbox"/> Ergo | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> pathologisch | <input type="checkbox"/> fraglich |

- Labor:**
- | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cholesterin: _____ | <input type="checkbox"/> LDL _____ | <input type="checkbox"/> HDL _____ | <input type="checkbox"/> Tri _____ |
| <input type="checkbox"/> Hb: _____ | <input type="checkbox"/> Thro _____ | <input type="checkbox"/> Krea _____ | <input type="checkbox"/> TSH _____ |

- Risikofaktoren:**
- Begleit-/Folgeerkrankung:**
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Raucher / Ex-Raucher | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Fam. Belastung | <input type="checkbox"/> AVK |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Apoplex |

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

Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel