



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 D
Dokumentationsbogen
Folgequartal/Abschlussdoku
Kardiologie - IV KHK-

Bitte unverzüglich weiterleiten an:

- Hausarzt Dr. _____
- invasive Kardiologie FAX: 6869 010
- Dokustelle FAX: 0231 9432 50 959

**Vorgeschichte/
Verlauf:**

- Z. n. Infarkt Z. n. PCI
- Z. n. Bypass-OP

Anamnese:

- Typ. Angina pectoris CCS I II III IV
- Dyspnoe NYHA I II III IV
- Atyp. AP / Thoraxschmerz Asymptomatisch

Diagnostik:

- | | | | |
|---|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> EKG: | <input type="checkbox"/> o.B. | <input type="checkbox"/> ST-Veränderungen | <input type="checkbox"/> T-Negativierung |
| | <input type="checkbox"/> LSB | <input type="checkbox"/> RSB | <input type="checkbox"/> VH-Flimmern |
| <input type="checkbox"/> Ergo: | Max. Watt: _____ | <input type="checkbox"/> o.B. | <input type="checkbox"/> Ischämienachweis |
| <input type="checkbox"/> Echo: | <input type="checkbox"/> o.B | <input type="checkbox"/> EF > 55 % | <input type="checkbox"/> 55 – 30 % <input type="checkbox"/> < 30 % |
| | <input type="checkbox"/> reg. WBS | <input type="checkbox"/> LVH | <input type="checkbox"/> Vitium: _____ |
| <input type="checkbox"/> Stressechokardiographie | <input type="checkbox"/> o.B. | | <input type="checkbox"/> Ischämienachweis |
| <input type="checkbox"/> Myokardszintigraphie | <input type="checkbox"/> o.B. | | <input type="checkbox"/> Ischämienachweis |

Beurteilung:

- KHK stabil V.a. Progression der KHK oder Bypassdysfunktion

Weiteres Vorgehen:

- Konservativ Invasive Diagnostik

Wiedervorstellung:

- nein ja ≤ 3 Mon. ≤ 12 Monate

Datum _____

Unterschrift und Vertragsarztstempel _____