

# Krankheits-Ausweis

## Bastelanleitung

1. Dieser Ausweis ist für Menschen gedacht, die eine Krankheit des Herzens haben (z.B. Herzinfarkt, bekannte Verengung der Herzkranzgefäße, Bypass-Operation, Ballonerweiterung mit oder ohne Stent-Einpflanzung, Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe, Herzrhythmusstörungen, Herzmuskelerkrankung usw.)
2. Drucken Sie den jeweiligen Ausweis **beidseitig** (!) aus:
  - Wählen Sie im Druck-Menü Ihres Druckers zunächst die folgende Einstellung:
    - **Druckbereich:** Seiten 2 - 12
    - Ausdruck **nur gerade Seiten**
  - Nach dem Ausdruck dieser ungeraden Seite legen Sie die schon bedruckten Seiten so in den Drucker, daß nun die Rückseiten bedruckt werden:
    - **Druckbereich:** Seiten 2 - 12
    - Ausdruck **nur ungerade Seiten**
  - Befragen Sie für die genaue Bedienung Ihres Druckers für den beidseitigen Ausdruck die Bedienungsanleitung Ihres Druckers.
3. Nach dem Ausdruck schneiden Sie die ausgedruckten Seite quer in der Mitte durch.
4. Legen Sie un die Seiten in der richtigen Reihenfolge übereinander und knicken Sie sie. Orientieren Sie sich bei der Reihenfolge der Seiten an den Seitennummern der einzelnen Paßseiten.
5. Klammern Sie die gefalteten Seiten an den markierten Stellen mit einem Klammeraffen zusammen.



Hausarzt

(Stempel)

Kardiologe

Name: .....
Strasse: .....
PLZ, Stadt: .....
Tel.: .....
Fax: .....
eMail: .....

Kardiologische Klinik

(Stempel)

Risikofaktoren

Hypertonie bekannt seit: .....
Hypercholesterinämie bekannt seit: .....
Ausgangswerte:
RR: ..... HBA1C: .....
HDL: ..... LDL: .....
Triglyceride: .....
Größe (m): ..... Gewicht (kg): .....
BMI: ..... Taille (cm): .....
Zigaretten: ja .....

Komplikationen:

Fundusveränderungen: ja  nein 
Nierenfunktionsstörung: ja  nein 
KHK: ja  nein 
Herzinfarkt: ja  nein 
Herzinsuffizienz: ja  nein 
pAVK: ja  nein 
Apoplex/TIA: ja  nein 
Kalkscore: ..... Perzentile: .....

Therapeutische Ziele:

LDL-Cholesterin: .....
HBA1C: .....
RR: .....
Gewicht / BMI: .....

Hier einlegen:

- letztes EKG
• Med.-Plan

LDL-Cholesterin (mg%)

Table with columns for LDL-Cholesterin values (150, 145, 140, 135, 130, 125, 120, 115, 110, 105, 100, 95, 90) and a column for Datum. The table is a grid for recording data.

Zutreffendes ankreuzen

36 Blutdruck							
oberer Wert	unterer Wert	Freq.	Datum	oberer Wert	unterer Wert	Freq.	Datum

34 Sport			
Datum	Wer?	Datum	Wer?

Wer: KS: Koronarsport FS: Fitness-Studio S: Selber

5 Allergien und Med.-Unverträglichkeiten	
Penicillin <input type="checkbox"/>	Kontrastmittel <input type="checkbox"/>
Medikamente <input type="checkbox"/>	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Warnhinweise	
Der Träger dieses Ausweises steht unter	
<b>Marcumar® oder DOAK</b>	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> DOAK.....	
INR-Zielwert:.....	
Indikation: .....	
Beginn der Antikoagulation:.....	
Aktuelle Quick- bzw. INR-Werte sowie aktuelle Dosierungsempfehlung: siehe separater Marcumar-Ausweis	
Der Träger dieses Ausweises bedarf einer unter	
<b>Endokarditis-Prophylaxe</b>	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Risiko normal <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>

7 Vitium	
Art: .....	
begleitende KHK: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> siehe „KHK“ (S. 6)	
invasive Untersuchung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Ort der Katheterunters.: .....	
.....	
Datum:.....	
OP-Bedürftig: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Befund: .....	
.....	
Endokarditis-Prophylaxe nötig? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (s.S.5)	
Marcumar-Bedürftigkeit? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (s.S.5)	
OP am : .....	
Klinik: .....	
Art der Klappe (evtl. Bypass: s. S. 11: .....	
.....	
peri-/postop. Verlauf: .....	
.....	
AHB-Klinik: .....	
.....	



### Gewicht

125	120	115	110	105	100	95	90	85	80	75	70	65	Datum

### Kontrolluntersuchungen

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen: .....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

### Kontrolluntersuchungen

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

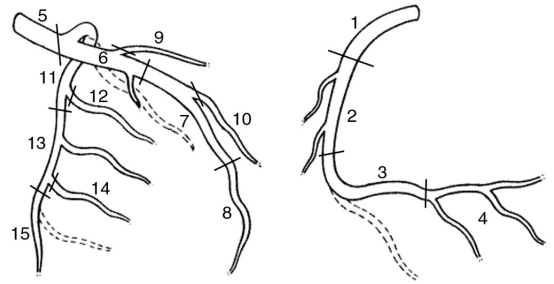
Bemerkungen: .....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

### PTCA



Infarkt-PTCA? ja  nein

Datum: .....

Klinik: .....

primärer Erfolg? ja  nein

Nr.	Segm.	Länge/DM	Max. DM				
				<input type="checkbox"/> BMS	<input type="checkbox"/> BMS	<input type="checkbox"/> Sirol	<input type="checkbox"/> Taxli
				<input type="checkbox"/> BMS	<input type="checkbox"/> BMS	<input type="checkbox"/> Sirol	<input type="checkbox"/> Taxli
				<input type="checkbox"/> BMS	<input type="checkbox"/> BMS	<input type="checkbox"/> Sirol	<input type="checkbox"/> Taxli

**Nicht-invasive** Kontrollen: ..... ☺ ..... ☹  
 ..... ☺ ..... ☹ ..... ☺ ..... ☹  
 ..... ☺ ..... ☹ ..... ☺ ..... ☹

**Invasive Kontrolle** erfolgt am: .....

**Erfolg:** ja  nein

Weiteres **Vorgehen:** kons.  OP

**erneute PTCA**  PTCA an and. Stelle geplant

### Bypass-OP

Datum: .....

OP-Klinik: .....

Indikation: 1-Gef.  2-Gef.  3-Gef.  Stamm

LV: oB  gestört  EF: ..... %

Coro präoperativ bei .....

.....

Bypass: 1. ACVB/LIMA/RIMA/Rad ⇒ .....

2. ACVB/LIMA/RIMA/Rad ⇒ .....

3. ACVB/LIMA/RIMA/Rad ⇒ .....

4. ACVB/LIMA/RIMA/Rad ⇒ .....

5. ACVB/LIMA/RIMA/Rad ⇒ .....

peri-/postop.-Verlauf: .....

.....

.....

AHB in Klinik: .....

.....

.....

10 **PTCA**

Infarkt-PTCA? ja  nein

Datum: .....

Klinik: .....

primärer Erfolg? ja  nein

Nr.	Segm.	Länge/ DM	Max. DM	
				<input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> Sirol <input type="checkbox"/> Taxli
				<input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> Sirol <input type="checkbox"/> Taxli
				<input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> Sirol <input type="checkbox"/> Taxli

**Nicht-invasive** Kontrollen: ..... ☺ ..... ☹  
 ..... ☺ ..... ☹ ..... ☺ ..... ☹  
 ..... ☺ ..... ☹ ..... ☺ ..... ☹

**Invasive Kontrolle** erfolgt am: .....

**Erfolg:** ja  nein

Weiteres **Vorgehen:** kons.  OP

**erneute PTCA**  PTCA an and. Stelle geplant

12 **Herzinsuffizienz**

Verursacht durch:

KHK: siehe „KHK“ (S. 6)

Cardiomyopathie:  
 DCM  HCM  Sonst.: .....

Vitium: siehe "Vitium" (S. 7)

Arrhythmie: siehe "Vorhofflimmern" (S. 13)

Sonst.: .....

invasive Untersuchung: ja  nein

LV-EF: ..... %

Ort der Katheterunters.: .....

.....

Datum: .....

OP-Bedürftig: ja  nein

CRT: ja  Defi: ja

Befund: .....

.....

Endokarditis-Prophyaxe nötig? ja  nein  (s.S.5)

Marcumar-Bedürftigkeit? ja  nein  (s.S.5)

31 **Kontrolluntersuchungen**

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen: .....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

**Kontrolluntersuchungen**

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen: .....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

29 **Kontrolluntersuchungen**

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen: .....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

**Kontrolluntersuchungen**

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen: .....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

**Kontrolluntersuchungen**

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen:.....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

**Kontrolluntersuchungen**

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen:.....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

**Kontrolluntersuchungen**

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen:.....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

**Kontrolluntersuchungen**

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen:.....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

**Vorhofflimmern**

chronisch  intermittierend

bekannt seit: .....

idiopathisch  nicht idiopathisch

**Begleiterkrankung:**.....

KHK  Vitium

LV-Kontraktionsstörung

**Risikofaktoren:**

Hypertonie .....

Diabetes .....

frühere Embolie.....

frühere Apoplex/Amaurosis...

**Antikoagulation** nötig? ja  nein

**Bridging** < 14 Tage nötig? ja  nein

**Konversionsversuche:**

elektr./Med. Datum: erfolgreich

⚡ / Tabl. ..... ☺ ☹

⚡ / Tabl. ..... ☺ ☹

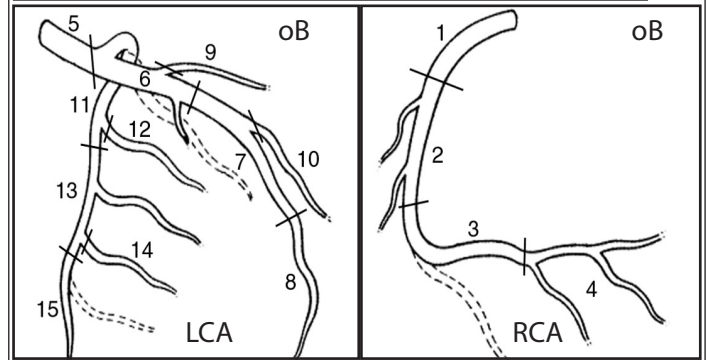
⚡ / Tabl. ..... ☺ ☹

⚡ / Tabl. ..... ☺ ☹

**Schrittmacher**

siehe separater Schrittmacher-Ausweis

**Coronarographie-Ergebnis**



LV: oB  Kontraktionsstörung  EF:..... %

Befund:

.....  
.....  
.....

Datum durchgeführt bei / in

.....

weiteres Vorgehen: med.  OP  PTCA

Diagnose: .....

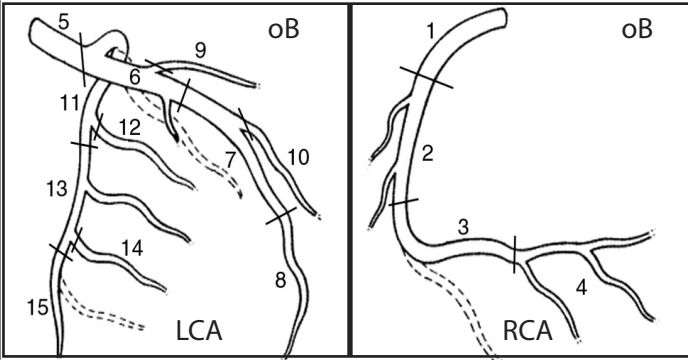
KM-Allergie: nein  ja

Probleme? .....

.....



### Coronarographie-Ergebnis



LV: oB  Kontraktionsstörung  EF:..... %  
 Befund:

.....  
 .....

Datum durchgeführt bei / in

.....

weiteres Vorgehen: med.  OP  PTCA

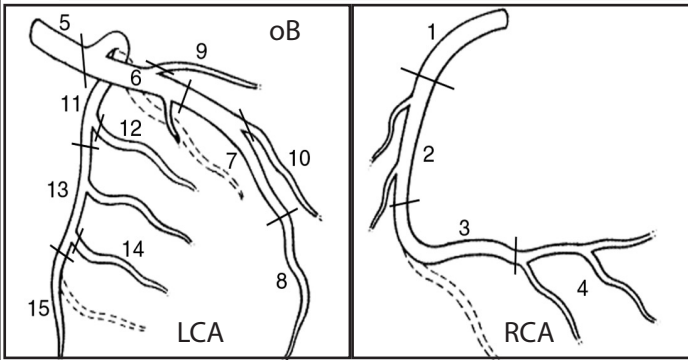
Diagnose: .....

KM-Allergie: nein  ja

Probleme? .....

.....

### Coronarographie-Ergebnis



LV: oB  Kontraktionsstörung  EF:..... %  
 Befund:

.....  
 .....

Datum durchgeführt bei / in

.....

weiteres Vorgehen: med.  OP  PTCA

Diagnose: .....

KM-Allergie: nein  ja

Probleme? .....

.....

### Kontrolluntersuchungen

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen:.....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

### Kontrolluntersuchungen

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen:.....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

### Kontrolluntersuchungen

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen:.....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

### Kontrolluntersuchungen

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen:.....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

**Kontrolluntersuchungen**

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen:.....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

**Kontrolluntersuchungen**

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen:.....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

**Kontrolluntersuchungen**

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen:.....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

**Kontrolluntersuchungen**

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen:.....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

**Kontrolluntersuchungen**

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen:.....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

**Kontrolluntersuchungen**

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen:.....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

**Kontrolluntersuchungen**

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen:.....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

**Kontrolluntersuchungen**

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen:.....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

**Kontrolluntersuchungen**

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen:.....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

**Kontrolluntersuchungen**

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen:.....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

**Kontrolluntersuchungen**

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen:.....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

**Kontrolluntersuchungen**

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen:.....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

**Kontrolluntersuchungen**

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen:.....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

**Kontrolluntersuchungen**

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen:.....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

**Kontrolluntersuchungen**

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen:.....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

**Kontrolluntersuchungen**

Datum: .....

RR ..... LDL ..... HBA1C .....

Gewicht ..... BMI ..... Zigaretten .....

Diätberatung stattgefunden .....  Sport betrieben .....

Neue Zielwerte: .....

Bemerkungen:.....

.....

Nächste Kontrolle: 3 6 9 12 Wochen / Monate

Nicht vergessen: Werte in Verlaufsschema eintragen!

**Medikamentenplan**

Medikament	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

Blank space for patient notes or additional information.

Blank space for patient notes or additional information.

Blank space for patient notes or additional information.