

Patientenangaben bzw. Etikett

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße			
PLZ, Ort			

Aktuelles Datum:

Telefonnummer:.....

E-Mail:.....

- Aus welchem Grund soll die Vorstellung erfolgen/welche Beschwerden bestehen?

.....

- Kinder/Hausarzt, der den Befund erhalten soll:

○

- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ja nein
 Wenn ja, Name + Dosierung?

.....

- Bestehen bei Ihrem Kind Grunderkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche?

GdB: Merkzeichen: Pflegegrad:

- Musste Ihr Kind bisher stationär behandelt werden? ja nein
 Wieso?.....

- Geht ihr Kind in Kita Schule, Klasse:

- Hat Ihr Kind einen Herzpass (Endokarditisprophylaxe)? ja nein

- Haben sie folgende Symptome bei Ihrem Kind schon mal beobachtet?

- Wassereinlagerung? ja nein
- Blaufärbung der Lippen? ja nein
- Luftnot? ja nein
- Gehäufte Infekte? ja nein
- Vermehrtes Schwitzen ja nein
- Belastungseinschränkung ja nein
- Gehäufte Kopfschmerzen ja nein
- Schlechte Trinkleistung (Säugling) ja nein
- Probleme bei der Nahrungsaufnahme (Kinder) ja nein
- Verschlechterte Belastbarkeit? ja nein

- Herzstolpern Situation: ja nein
 - Herzrasen Situation: ja nein
 - Schmerzen im Brustkorb Situation: ja nein

- Treibt ihr Kind Sport ohne Probleme? ja nein
 - Wenn nein, bitte erläutern:

- Klagt Ihr Kind über Schwindelgefühl? ja nein
 - in Ruhe bei Belastung bei Lagewechsel
 - in Verbindung mit Herzrasen bzw. Stolpern

- War Ihr Kind schon einmal bewußtlos? ja nein
 - in Ruhe bei Belastung bei Lagewechsel
 - in Verbindung mit Herzrasen bzw. Stolpern
 - Situation bitte genau schildern:

- Nimmt ihr Kind Drogen, raucht oder trinkt regelmäßig Alkohol? ja nein

- Familie:**
- Gibt es in der Familie jemanden mit Herzrhythmusstörung oder Herzschrittmacher? ja nein

- Gibt es in der Familie jemanden mit Herzfehler? ja nein

- Gab es in der Familie einen plötzlichen Todesfall in jungem Alter oder Todesfall nach Badeunfall? ja nein

- Gibt es bereits eine Überweisung?** ja nein
wenn ja, was steht darauf?