

# Arztbogen DETECT

**I.**

**Initialen:**    **Geschlecht:**  M  W **Geburtsdatum:**        
T T M M J J

**Größe:**    cm **Gewicht:**    kg **Hüftumfang:**    cm **Taillenumfang:**    cm  
(bitte messen)

**Blutdruck:**     mmHg **Herzfrequenz:**    Schläge/min.  
(bitte messen) syst. diast.

**Familiäre Belastung:** (Herzinfarkt vor 60. Lebensjahr bei Verwandten 1. Grades)  
 nein  unbekannt  ja

**Rauchen:**  
 ja,  Zigaretten pro Tag  
 nicht mehr seit  Jahren  
 nie

**Alkoholkonsum:**  
 abstinert, seit  Jahren  
 gelegentlich  Drinks  
 nahezu täglich  Drinks

**Konsultationsanlass:**  
 Kontrolle der Einstellung/Labor  
 akute Erkrankung  
 Vorsorgemaßnahmen  
 chronische Erkrankung  
 Überweisung  
 andere

## II. DIAGNOSTISCHER STATUS

<p><b>HYPERLIPIDÄMIE:</b> Positive Familienanamnese: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><b>Diagnose Patient:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, fraglich <input type="checkbox"/> ja, gesichert</p> <p><b>wenn ja, seit:</b> <input type="checkbox"/> heute (Neufall) <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Jahren</p>	<p><b>DIABETES:</b> Positive Familienanamnese: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><b>Diagnose Patient:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, fraglich <input type="checkbox"/> ja, gesichert</p> <p><b>wenn ja, seit:</b> <input type="checkbox"/> heute (Neufall) <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Jahren</p> <p><input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II</p> <p>DMP-registriert: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p><b>HYPERTONIE:</b> Positive Familienanamnese: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><b>Diagnose Patient:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, fraglich <input type="checkbox"/> ja, gesichert</p> <p><b>wenn ja, seit:</b> <input type="checkbox"/> heute (Neufall) <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Jahren</p>	<p><b>KHK:</b> Positive Familienanamnese: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><b>Diagnose Patient:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, fraglich <input type="checkbox"/> ja, gesichert</p> <p><b>wenn ja, seit:</b> <input type="checkbox"/> heute (Neufall) <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Jahren</p> <p><b>Wenn gesichert, Diagnosen?</b>  <input type="checkbox"/> stabile Angina pectoris  <input type="checkbox"/> instabile Angina pectoris  <input type="checkbox"/> Myokardinfarkt  <input type="checkbox"/> PTCA  <input type="checkbox"/> Bypass  <input type="checkbox"/> andere: .....</p>
--	--	--	---

## III. DIAGNOSTIK/ ANAMNESE DES KARDIOVASKULÄREN RISIKOS

	durchgeführt in letzten 12 Mon.?	Befund auffällig?	Alter des Patienten	
			erstes Mal	letztes Mal
Ruhe-EKG	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	Anzahl Myokardinfarkt: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Belastungs-EKG	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	Anzahl PTCA: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Herzsonographie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	Herzschrittmacher: <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>
Koronarangiographie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	Koronarer Bypass: <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>
Karotissonographie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	Anzahl Bypässe: <input type="text"/> -fach	

**1. Weitere Diagnosen:** (Alle Zutreffenden bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Adipositas	<input type="checkbox"/> PAVK symptomatisch
<input type="checkbox"/> Diabetisches Fußsyndrom	<input type="checkbox"/> PAVK asymptomatisch
<input type="checkbox"/> Gliedmaßenamputation	<input type="checkbox"/> Hyperurikämie
<input type="checkbox"/> Retinopathie	<input type="checkbox"/> Blasen-/ Nierenerkrankung
<input type="checkbox"/> Neuropathie	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung
<input type="checkbox"/> Nephropathie (dialysepflichtig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein)	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen
<input type="checkbox"/> Linksherzhypertrophie	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung
<input type="checkbox"/> Vorhofflimmern	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung
<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz:	<input type="checkbox"/> Sexuelle Dysfunktion
<input type="checkbox"/> NYHA I <input type="checkbox"/> NYHA II	<input type="checkbox"/> Angsterkrankung
<input type="checkbox"/> NYHA III <input type="checkbox"/> NYHA IV	<input type="checkbox"/> Depression
<input type="checkbox"/> Cerebraler Insult	<input type="checkbox"/> Polyarthritits/ Rheuma
<input type="checkbox"/> TIA (PRINDS)	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Karotidenstenose	<input type="checkbox"/> andere: .....

**2. Aktuelle Krankheitsbeurteilung** (Grad der Auffälligkeit):  
(1=unauffällig/ gesund, 2=leicht, 3=deutlich, 4=schwerst krank/ auffällig)

Körperliche Morbidität	1	2	3	4
Seelische/ Psychische Morbidität	1	2	3	4
Psychozialer Funktionsstand	1	2	3	4
Selbstversorgung	1	2	3	4

**3. Ärztliche Prognose für die nächsten 12 Monate:**

Das Risiko diabetischer Folgeerkrankungen halte ich für  
 nicht vorhanden/?  gering  erhöht  extrem erhöht

Das kardiovaskuläre Risiko halte ich für  
 nicht vorhanden/?  gering  erhöht  extrem erhöht

**4. a) Aktuelle Laborwerte aus Akte:**

Letzter RR-Wert: syst. \_\_\_\_\_ diast. \_\_\_\_\_

Mikroalbuminurie:  nein  ja Gesamtchol.: \_\_\_\_\_

HbA<sub>1c</sub>: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_% HDL-Chol.: \_\_\_\_\_

Nüchtern-BZ: \_\_\_\_\_ LDL-Chol.: \_\_\_\_\_

Triglyzeride: \_\_\_\_\_

Werte sind in:  mmol/l  mg/dl

**4. b) Ihre Zielwerte:**

**Wahrscheinlichkeit der Zielerreichung**  
(1=niedrig ... 4=hoch)

Zielwert Blutdruck  
syst: \_\_\_\_\_ diast: \_\_\_\_\_ 1 2 3 4

Zielwert HbA<sub>1c</sub>: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_% 1 2 3 4

Zielwerte Lipide: LDL-Chol.: \_\_\_\_\_ 1 2 3 4  
HDL-Chol.: \_\_\_\_\_ 1 2 3 4  
Triglyzeride: \_\_\_\_\_ 1 2 3 4

**5. Therapeutische Ziele über die nächsten 12 Monate?** (Priorität 0 = entfällt, 1= niedrig ... 4 = sehr hoch)

Ziele	Priorität	Ziele	Priorität
Diagnostische Klärung	0 1 2 3 4	Rauchstopp/ -reduktion	0 1 2 3 4
Überweisung	0 1 2 3 4	Alkoholabstinenz/ -reduktion	0 1 2 3 4
Hospitalisierung/ OP	0 1 2 3 4	Gewichtsreduktion	0 1 2 3 4
Medikamentöse Therapie	0 1 2 3 4	Ernährungsänderung	0 1 2 3 4
Nicht-medikamentöse Therapie	0 1 2 3 4	Blutdrucksenkung	0 1 2 3 4
andere: .....	0 1 2 3 4	Lipidsenkung	0 1 2 3 4
		Sport/ Mobilisierung	0 1 2 3 4

**6. Einstellungs-/ Kontrollgüte:** (1 = gut, 2 = ungenügend, 3 = schlecht)

Hyperlipidämie	1	2	3
Diabetes	1	2	3
Hypertonie	1	2	3
KHK	1	2	3
Herzinsuffizienz	1	2	3

**7. Angaben zum Ausmaß von Einstellung und Compliance**

Compliance:  hoch  mittel  niedrig  
Kontroll-/ Einstellungsprobleme:  hoch  mittel  niedrig

**Wenn schlechte Kontrolle, warum?**

Complianceprobleme  Zusatzerkrankung  
 Lebensereignis  ungünstiges Präparat/ Dosierung

**8. Medikamentöse Therapie:** (Bitte Anzahl der Jahre angeben)

<input type="checkbox"/> keine		<input type="checkbox"/> AT1-Antagonisten _____	<input type="checkbox"/> Thrombozytenaggregationshemmer _____
<input type="checkbox"/> Glucosidasehemmer _____	<input type="checkbox"/> Beta-Blocker _____	<input type="checkbox"/> Coumarine _____	
<input type="checkbox"/> Sulfonylharnstoffe _____	<input type="checkbox"/> Kalziumantagonisten _____	<input type="checkbox"/> Statine _____	
<input type="checkbox"/> Insulin _____	<input type="checkbox"/> ACE-Hemmer _____	<input type="checkbox"/> Anionenaustauscherharze _____	
<input type="checkbox"/> Intensivierte Therapie _____	<input type="checkbox"/> Diuretika _____	<input type="checkbox"/> Nicotinsäurederivate _____	
<input type="checkbox"/> Metformin _____	<input type="checkbox"/> Langzeitnitrate _____	<input type="checkbox"/> Ezetimibe _____	
<input type="checkbox"/> Glinide _____	<input type="checkbox"/> Fibrate _____	<input type="checkbox"/> Omega-3-Fettsäuren _____	
<input type="checkbox"/> Glitazone _____	<input type="checkbox"/> Herzglykoside _____	<input type="checkbox"/> andere: ..... _____	

**9. Nicht-medikamentöse Therapie:** (bezogen auf letzte/kommende 12 Monate)

	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich	führe ich bereits durch	werde ich durchführen	Überweisung		führe ich bereits durch	werde ich durchführen	Überweisung
Ernährungsberatung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Psychologische Beratung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungsschulung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Psychotherapie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungsgruppen/ Sport....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Raucherentwöhnung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pflegeberatung/-vermittlung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Reha nach Infarkt/ Bypass.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stressbewältigungstraining..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Naturheilverfahren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungstraining.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mitarbeit !