



Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Medizinische Fakultät
IMEBI
06097 Halle (Saale)

Tel.: 0345 557-3579
Fax: 0345 557-3565
rhesa@medizin.uni-halle.de
www.medicin.uni-halle.de/rhesa/

Einschlusskriterien
Gesicherte Diagnose Myokardinfarkt
(STEMI und NSTEMI)

B2

**EINWILLIGUNG
LIEGT NICHT VOR**

1. Patientendaten

Geburtsmonat und -jahr .. Mann Frau
Monat Jahr

Gewicht _____ kg Körpergröße _____ cm

Verweigerer

Verlegung
(ohne vorherige Einwilligung)

Ansprache des Pat. nicht erfolgt

Tod im Krankenhaus
(ohne vorherige Einwilligung)

2. Erstversorgung

Symptombeginn .. n. b.
Tag Monat Jahr Std. Min.

Klinikankunft .. n. b.
Tag Monat Jahr Std. Min.

Intrahospital ja nein n.b.

Erstversorgung NEF RTW RTH/ITH KTW
 KV-Dienst selbst Hausarzt n.b.

Erste Hilfe (Laien) ja nein n.b.

Zuweisung ja nein n.b.

Falls ja, aus welcher Klinik: _____

3. Präexistierende Risikofaktoren und Nebendiagnosen

Raucher ja ehemals nein n.b.

Diabetes mellitus ja neu nein n.b.

Art. Hypertonie ja nein n.b.

Hypercholesterinämie ja nein n.b.

Z. n. Infarkt ja nein n.b.

Z. n. PCI ja nein n.b.

Z. n. Bypass-OP ja nein n.b.

Z. n. Apoplex ja nein n.b.

Vorhofflim./-flat. ja nein n.b.

Herzinsuffizienz ja nein n.b.

Niereninsuffizienz ja nein n.b.

pAVK ja nein n.b.

4. Akutdiagnostik

Bei Aufnahme HF /Min.

RR / mmHg

Kardiogener Schock vor/bei Aufnahme:
 ja nein n.b.

Erst EKG STEMI NSTEMI neuer LSB

Troponin I Troponin T Wert |_____| Grenzwert |_____|

Typ 1 Typ 2 Typ3 Typ4a Typ4b Typ5 n.b.

Erstbetreuende Station:

ITS IMC/CPU
 Station mit Monitorüberwachung Normalstation

5. Ersttherapie (ggf. im NEF)

ASS Clopidogrel/Prasugrel/Ticagrelor Heparin

GP IIb/IIIa-Antagonisten

Lyse ja
Tag Monat Jahr Std. Min.

nein n. b.

Falls ja, Substanz: _____ n. b.

Warum keine Lyse:

6. Stationäre Komplikationen

keine

Schock (neu) Intubation Reanimation

Reinfarkt Schlaganfall Reintervention

Schwere Blutung

Sonstige: _____

7. Verlegungs-/Entlassungsmedikation

ASS Betablocker ACE/ARB-Hemmer

Clopidogrel/Prasugrel/Ticagrelor

Diuretikum Antikoagulantien Aldosteronantagonist

Statine anderer Cholesterinsenker

Insulin orales Antidiabetikum

Sonstige: _____

8. Entlassung, Verlegung, Tod

Patient entlassen

Patient verlegt Datum:
Tag Monat Jahr Std. Min.

nach: _____

Patient verstorben Datum:
Tag Monat Jahr Std. Min.

Bogen ausgefüllt am: ..
Tag Monat Jahr

Name des ausfüllenden Arztes (in BLOCKBUCHSTABEN)

Unterschrift des ausfüllenden Arztes