



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/	A2	EINWILLIGUNG LIEGT NICHT VOR
--	--	-----------	---

1. Patientendaten

Geburtsmonat und -jahr / / Mann Frau

Gewicht _____ kg Körpergröße _____ cm

Verweigerer

Verlegung (ohne vorherige Einwilligung)

Ansprache des Pat. nicht erfolgt

Tod im Krankenhaus (ohne vorherige Einwilligung)

5. Ersttherapie (ggf. im NEF) (speziell zu PCI siehe 5a)

ASS Clopidogrel/Prasugrel/Ticagrelor Heparin

GP IIb/IIIa-Antagonisten

Lyse ja Tag Monat Jahr Std. Min.

nein n. b.

Falls ja, Substanz: _____ n. b.

Bypass-OP ja nein n. b.

Falls ja, elektiv oder Notfall-OP: Tag Monat Jahr

Warum weder Lyse noch PCI noch CABG: _____

2. Erstversorgung

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

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

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: _____

5a. speziell PCI

PCI ja nein

Falls ja, Zugang transradial transfemorale

Stent ja nein

Falls ja, BMS DES

Datum PCI: Tag Monat Jahr

Gefäßpunktion Std. Min. Erster Ballon Std. Min.

TIMI (vorher) _____ TIMI (nachher) _____

IABP ja nein

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.

6. Stationäre Komplikationen

keine

Schock (neu) Intubation Reanimation

Reinfarkt Schlaganfall Reintervention

Schwere Blutung

Sonstige: _____

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 Typ 3 Typ 4a Typ 4b Typ 5 n.b.

Erstbetreuende Station: ITS IMC/CPU
 Station mit Monitorüberwachung Normalstation

7. Verlegungs-/Entlassungsmedikation

ASS Betablocker ACE/ARB-Hemmer

Clopidogrel/Prasugrel/Ticagrelor

Diuretikum Antikoagulantien Aldosteronantagonist

Statine anderer Cholesterinsenker

Insulin orale 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