

# Checkliste für den Arztbesuch

**Nehmen Sie sich die Zeit und bereiten Sie sich auf den nächsten Arztbesuch vor. Gehen Sie die nachfolgende Checkliste zu Hause in Ruhe durch.**

## **Bisherige Untersuchungen**

Sind Ihre eigenen Unterlagen vollständig? (Befundkopien mit Datum und Ergebnis der Untersuchung)

- Laborwerte
- EKG, Belastungs-EKG, 24-Stunden-Langzeit-EKG
- Herzkatheter-Befund, Echobefund
- Kopien von Krankenhausberichten
- Medikationsliste (siehe unten)
- Blutdruck-Pass; Marcumar-Pass; Allergie-Pass; Röntgen-Pass

## **Ihre Beschwerden**

Haben Sie an Gewicht zugenommen: Wie viel in welcher Zeit?

.....

Haben Sie Herzrhythmusstörungen bemerkt (unregelmäßiger Herzschlag, Herzrasen)? In welchen Situationen trat das auf?

.....

.....

Leiden Sie unter Atemnot (bei welcher Belastung, z. B. nach wie vielen Stufen? Bitte hier eintragen)

.....

.....

## Ihre Beschwerden

Leiden Sie unter Husten?

.....

Haben Sie Schwellungen in den Beinen?

.....

Müssen Sie nachts zur Toilette? Wie häufig?

.....

Mit wie vielen Kissen schlafen Sie? Schlafen Sie mit erhöhtem Oberkörper?

.....

Messen Sie selbst regelmäßig Ihren Blutdruck? Haben Sie Auffälligkeiten bemerkt?

*Systolischer (oberer) Blutdruck.....mmHg*

*Diastolischer (unterer) Blutdruck.....mmHg*

*Auffälligkeiten.....*

Haben Sie irgendwelche Nebenwirkungen durch Ihre Medikamente bemerkt?

.....

.....

Haben Sie Fragen zu Ihren Medikamenten?

.....

.....

## Ihre Medikamente

### Zeitpunkt der Einnahme und Dosierung (alle Medikamente)

#### *Herz- und Kreislaufmedikamente*

Name und Wirkstoff	Dosierung	morgens	mittags	abends

Hier können Sie notieren, welches Ihrer Medikamente welcher Wirkstoffklasse angehört.

ACE-Hemmer	
Beta-Blocker	
Diuretika (Wassertabletten)	
Herzglykoside (Digitalis)	
Sartane	
Kalziumantagonisten	

#### *Blutgerinnungshemmende Medikamente*

Name und Wirkstoff	Dosierung	morgens	mittags	abends

**Andere Medikamente**

Bitte tragen Sie hier **alle** anderen Medikamente und Präparate ein, auch wenn Sie sie ohne ärztliche Verschreibung einnehmen (z. B. Johanniskraut-Präparate).

Name und Wirkstoff	Dosierung	morgens	mittags	abends

## In der Sprechstunde

- Besprechen Sie Ihre **Beschwerden** (siehe vorherige Seiten)
- Bitten Sie um **Befundkopien**, falls Ihre Unterlagen unvollständig sind (bewahren Sie Ihre Unterlagen an einem Ort auf, den auch Ihre Angehörigen für den Notfall kennen)
- Besprechen Sie die anstehenden **Untersuchungen**.

## Mögliche Fragen an Ihre Ärztin bzw. Ihren Arzt

- Wie viel darf ich trinken?
- Wie stark darf ich mich belasten?
- Kommt für mich die Teilnahme an einer Herzsportgruppe in Frage?
- Kommt für mich ein implantierbares Therapiesystem in Frage (implantierbarer Cardioverter-Defibrillator oder Cardiale Resynchronisationstherapie)?
- Welche Schutzimpfungen würden Sie mir empfehlen?
- Wie hoch ist meine EF (Auswurfraction des Herzens)?

## Ihre Notizen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Ergänzungen nach dem Arztbesuch

Ihre nächsten Termine

	<b>Praxis</b>	<b>Tag/Datum</b>
Echokardiographie		
EKG		
Belastungs-EKG		
24-Stunden-EKG		
Röntgen Thorax		
Labor/Blutabnahme		
Herz-Katheter-Untersuchung		

Tragen Sie neu verordnete Medikamente oder Änderungen der Dosierung hier ein:

<b>Name und Wirkstoff</b>	<b>Dosierung</b>	<b>morgens</b>	<b>mittags</b>	<b>abends</b>