

Rhythmus-FAX (02166 394-27898)

Bitte immer

- **aktuelles EKG**
- **falls vorhanden „Anfalls“-EKG**
- **aktuelle Medikamentenliste**

beifügen

Ihre Kontaktdaten / TelefonNr.

Abklärung/Behandlung von Arrhythmien

Symptome unter Arrhythmie

Seit wann? _____

Häufigkeit? _____

Häufigkeit zunehmend? ja nein

Dauer der Episoden? _____

Herzfrequenz/Puls

regelmäßig unregelmäßig

Beginn/Ende (z. B. „on/off“, „warming up“/„cooling down“)

Auslöser/Trigger _____

Bisherige antiarrhythmische Therapie / Ablation / EPU

Abklärung von Synkopen

Synkopen

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Im Stehen | <input type="checkbox"/> Sitzen | <input type="checkbox"/> Gehen |
| <input type="checkbox"/> Sport/Belastung | <input type="checkbox"/> Nach Belastung | <input type="checkbox"/> In Ruhe |
| <input type="checkbox"/> Lagewechsel/Aufstehen | <input type="checkbox"/> Vornüberbeugen | <input type="checkbox"/> Wasserlassen |
| <input type="checkbox"/> Husten/Lachen | <input type="checkbox"/> mit Herzasen | <input type="checkbox"/> mit unregelm. Puls |

Synkopen/plötzlicher Herztod in der Familie _____

Berufsanamnese _____

FORMULAR PER MAIL SENDEN