

***Fragebogen an Patienten mit Vorhofflimmern
Vorhofflimmer-Klinik***

BEAT - AF

*Abteilung für Kardiologie
Universitätsspital Basel*

ERSTKONTAKT

Kontaktpersonen

PD Dr. med. Michael Kühne

Klinischer Leiter

Universitätsspital

Petersgraben 4

4031 Basel

Telefon +41 61 328 74 71

Fax +41 61 265 45 98

kuehnem@uhbs.ch

Prof. Dr. med. David Conen

Wissenschaftlicher Leiter

Universitätsspital

Petersgraben 4

4031 Basel

Telefon +41 61 328 66 96

Fax +41 61 265 57 34

conend@uhbs.ch

Patientennummer: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: m w

Zentrum: _____

Initialen: NN VN

Erfassungsdatum: . .

d d m m j j j j

24.00 Zivilstand (bitte nur eine Antwort) ledig verheiratet geschieden verwitwet

25.00 Anzahl Kinder 0 1 2 3 4 5+

26.00 Ausbildung	abgeschlossene Ausbildung (*1) (alle ankreuzen)	zur Zeit in Ausbildung (*2) (nur ein Kreuz)
keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
obligatorische Schule (z.B. Primar-, Real-, Sekundar-, Bezirks-, Orientierungsschule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplommittelschule (bis 2 Jahre), Sozialjahr, Vorkurs Pflege, Anlehre (mit Anlehrvertrag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufslehre oder Vollzeit-Berufslehre (Handelsschule, Lehrwerkstätte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maturitätsschule, Berufsmatura, Diplommittelschule (3 Jahre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lehrkräfte-Seminar (z.B. Kindergarten, Primarschule), Musiklehrkraft, Turn- & Sportlehrkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
höhere Fach- und Berufsausbildung (z.B. eidg. Fachausweis, eidg. Fach- oder Meisterdiplom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
höhere Fachschule (z.B. HTL, HWV, HFG), Vollzeitausbildung mind. 3 Jahre inkl. Nachdiplom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschule (inklusive Nachdiplom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universität, Hochschule (inklusive Nachdiplom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*1 Bitte kreuzen Sie alle abgeschlossenen Ausbildungen an, die Sie in Ihrem Leben gemacht haben.

*2 Bitte kreuzen Sie an, welche Ausbildung Sie momentan absolvieren. Falls momentan keine Ausbildung gemacht wird = Kreuz bei Feld: **keine**

27.00 momentaner Beruf _____
(offizielle Bezeichnung)

28.00 Wie war Ihr Geburtsgewicht in Gramm? **Gramm**

29.00 Waren Sie eine Einzelgeburt? Oder waren Sie Teil einer Mehrfachgeburt (z.B. Zwilling)?
(Bitte nur eine Antwort ankreuzen)

30.00 Wie würden Sie Ihren momentanen Gesundheitszustand in einer Skala von 0 bis 100 bezeichnen?
0: der schlechteste vorstellbare Gesundheitszustand; 100: der beste vorstellbare Gesundheitszustand



Patientennummer: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: m w

Zentrum: _____

Initialen: NN VN

31.00 Rauchen

- 31.10 Rauchen Sie? ja, aktiv früher nie geraucht **➔ Weiter zu Frage: 31.50**
- 31.20 In welchem Jahr haben Sie **angefangen** zu rauchen? (falls: 31.10 = ja, aktiv & früher)
i i i i
- 31.30 In welchem Jahr haben Sie **aufgehört** zu rauchen? (falls: 31.10 = früher)
i i i i
- 31.40 Wie viele Zigaretten rauchen/rauchten Sie im Allgemeinen pro Tag?
 bis 10 11-20 21-30 31 und mehr
- 31.50 Rauchen Sie mindestens 1 Pfeife/Zigarillo pro Tag? ja früher nein

32.00 Passivrauchen - Rauchexposition

- 32.10 Waren Sie in den letzten 12 Monaten **zu Hause** regelmässig Zigarettenrauch ausgesetzt?
 Nein Ja **➔** Falls ja, durchschnittliche Exposition in Stunden / Tag.
- 32.20 Waren Sie in den letzten 12 Monaten **bei der Arbeit** regelmässig Zigarettenrauch ausgesetzt?
 Nein Ja **➔** Falls ja, durchschnittliche Exposition in Stunden / Tag.
- 32.30 Waren Sie in den letzten 12 Monaten in **Bars und Restaurants** regelmässig Zigarettenrauch ausgesetzt?
 Nein Ja **➔** Falls ja, durchschnittliche Exposition in Stunden / Tag.

33.00 Alkoholkonsum

Durchschnittlicher Alkoholkonsum über die letzten 12 Monate . Eine Antwort pro Zeile!		nie oder weniger als 1/Monat	1-3 pro Monat	1 pro Woche	2-4 pro Woche	5-6 pro Woche	1 pro Tag	2-3 pro Tag	4-5 pro Tag	6+ pro Tag
33.10	Bier (3dl-Gläser/Dosen/Flaschen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.20	Rotwein (1dl-Gläser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.30	Weisswein (1dl-Gläser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.40	Schnaps (2cl-Shots)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34.00 Koffeinkonsum

Durchschnittlicher Koffeinkonsum über die letzten 12 Monate . Eine Antwort pro Zeile!		nie oder weniger als 1/Monat	1-3 pro Monat	1 pro Woche	2-4 pro Woche	5-6 pro Woche	1 pro Tag	2-3 pro Tag	4-5 pro Tag	6+ pro Tag
34.10	Kaffee [mit Koffein] (Tasse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.20	Kaffee [koffeinfrei] (Tasse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.30	Tee (Tasse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.40	Cola [mit Koffein] (3dl-Gläser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.50	Cola [koffeinfrei] (3dl-Gläser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.60	Schokolade (Riegel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35.00 Gehen Sie einer regelmässigen sportlichen Aktivität nach?

(z.B. Joggen/Walking, Radfahren, Aerobic, Ballspiele)

Nein Ja

Falls Ja: Anzahl Tage pro Woche, an denen Sie Sport treiben

Durchschnittliche Dauer der sportlichen Aktivität in Minuten/Tag

Patientennummer: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: m w

Zentrum: _____

Initialen: NN VN

Seite

4

36.00 körperliche Aktivität (IPAQ-Fragebogen)

Wir sind daran interessiert, mehr über körperliche Aktivitäten zu erfahren, welche Menschen im Alltag bei der Arbeit, in der Schule, in der Wohnumgebung, um verschiedene Besorgungen zu machen oder um von einem Ort an den anderen zu gelangen, ausüben.

Bitte beantworten Sie alle Fragen, auch wenn Sie sich nicht für körperlich aktiv halten.

36.01 Denken Sie nun an all die intensiven Aktivitäten, welche Sie während einer üblichen Woche ausüben und die mit grösserer Anstrengung verbunden sind. Intensive Aktivitäten verstärken Ihre Atmung. Beispiele dafür sind: **Heben von schweren Gegenständen, Graben, grössere Pakete oder Gepäckstücke die Treppe hoch tragen, Aerobics, mit dem Rad zur Arbeit fahren, schnelles Schwimmen und Tätigkeiten mit Laufen wie zum Beispiel Fussballspielen**.

An wie vielen Tagen einer üblichen Woche führen Sie für mindestens 10 Minuten oder länger intensive Aktivitäten dieser Art aus? (Die Aktivitäten während der Arbeitszeit zählen auch dazu)

_____ **Tage pro Woche**

36.02 Wie viel Zeit wenden Sie insgesamt an solchen Tagen üblicher Weise für diese intensiven körperlichen Aktivitäten auf?

_____ **Stunden** _____ **Minuten**

36.03 Denken Sie jetzt an körperliche Aktivitäten, die mässig anstrengend sind und die Sie während einer üblichen Woche ausüben. Mässig intensive Aktivitäten lassen sie leicht stärker atmen. **Dazu zählen das Tragen von leichten Gewichten, Treppen steigen, gewöhnliches Radfahren, gewöhnliches Schwimmen und ein Tennis-Doppel-Spiel.**

An wie vielen Tagen einer üblichen Woche führen Sie mässig intensive Aktivitäten für mindestens 10 Minuten oder länger aus? (Die Aktivitäten während der Arbeitszeit zählen auch dazu)

_____ **Tage pro Woche**

36.04 Wie viel Zeit wenden Sie insgesamt an solchen Tagen üblicher Weise für mässig intensive körperliche Aktivitäten auf?

_____ **Stunden** _____ **Minuten**

36.05 Überlegen Sie sich jetzt, wie viel Zeit Sie während einer Woche für das Gehen aufwenden. Dazu zählen das Gehen während der Arbeit, in der Schule, zu Hause, um von einem Ort an den anderen zu gelangen und das Spazieren, das Gehen als Sport, als Training oder das Gehen in der Freizeit.

An wie vielen Tagen einer üblichen Woche gehen Sie für mindestens 10 Minuten oder länger?

_____ **Tage pro Woche**

36.06 Wie viel Zeit wenden Sie üblicherweise an solchen Tagen insgesamt für das Gehen auf?

_____ **Stunden** _____ **Minuten**

Die letzten Fragen betreffen die Zeit während der Sie sitzen zum Beispiel, bei der Arbeit, in der Schule, zu Hause, auf dem Weg von einem Ort an den andern oder während der Freizeit. Dazu könnten das Sitzen am Tisch, beim Besuch von Freunden, beim Fernsehen oder beim Lesen gehören.

36.07 Wie lange sitzen Sie insgesamt an einem üblichen **Wochentag** (Montag - Freitag)?

_____ **Stunden** _____ **Minuten**

36.08 Wie lange sitzen Sie insgesamt an einem üblichen **Wochenendtag** (Samstag oder Sonntag)?

_____ **Stunden** _____ **Minuten**

Patientennummer: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: m w

Zentrum: _____

Initialen: NN VN Seite
5

37.00 Ernährung (schweizerische Gesundheitsbefragung 2007)

Wir möchten Ihnen jetzt ein paar Fragen über Ihre Ernährung stellen.

(Bitte beachten Sie, dass bei allen Fragen jeweils nur ein Kreuz gemacht werden darf.)37.01 **Achten Sie auf bestimmte Sachen bei der Ernährung?** ja, achte auf etwas nein, achte auf nichts keine Antwort37.02 **Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine spezielle Diät eingehalten** ja weiss nicht **Weiter zu Frage: 37.04**
 nein **Weiter zu Frage: 37.04** keine Antwort **Weiter zu Frage: 37.04**37.03 **Warum hatten sie eine spezielle Diät eingehalten?** um Gewicht zu verlieren, ohne medizinische Gründe aus medizinischen Gründen
 aus anderen Gründen (weder medizinisch, noch um Gewicht zu verlieren) weiss nicht
 keine Antwort37.04 **Wie viel Flüssigkeit trinken Sie schätzungsweise an einem gewöhnlichen Wochentag, alkoholische Getränke nicht mitgerechnet.** . Liter weiss nicht keine Antwort
(max. 1. Stelle nach dem Komma)37.05 **Wenn Sie alles zusammenrechnen:****Wie viele Portionen Früchte und Fruchtsäfte nehmen Sie durchschnittlich pro Tag zu sich? Eine Portion entspricht der Grösse Ihrer Faust (oder etwa 120 gr.). Beim Saft ist es etwa ein mittleres Glas voll.****Ist das im Durchschnitt:** nie weniger als 1 Portion/Tag 1 bis 2 Portionen/Tag
 3 bis 4 Portionen/Tag 5 und mehr Portionen/Tag weiss nicht keine Antwort37.06 **Wenn Sie alles zusammenrechnen:****Wie viele Portionen Gemüse und Gemüsesäfte (ohne Kartoffeln und Mais) nehmen Sie durchschnittlich pro Tag zu sich? Eine Portion entspricht der Grösse Ihrer Faust (oder etwa 120 gr.). Beim Saft ist es etwa ein mittleres Glas voll.****Ist das im Durchschnitt:** nie weniger als 1 Portion/Tag 1 bis 2 Portionen/Tag
 3 bis 4 Portionen/Tag 5 und mehr Portionen/Tag weiss nicht keine Antwort37.07 **An wie vielen Tagen pro Woche essen Sie im allgemeinen Fleisch oder Wurstwaren?** nie < 1 Tag pro Woche 1 Tag pro Woche 2 Tage pro Woche
 3 Tage pro Woche 4 Tage pro Woche 5 Tage pro Woche 6 Tage pro Woche
 7 Tage pro Woche keine Antwort37.08 **An wie vielen Tagen pro Woche essen Sie Fisch, im Durchschnitt?** nie < 1 Tag pro Woche 1 Tag pro Woche 2 Tage pro Woche
 3 Tage pro Woche 4 Tage pro Woche 5 Tage pro Woche 6 Tage pro Woche
 7 Tage pro Woche keine Antwort37.09 **An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie gewöhnlich Milch (ohne die Milch, die Sie in den Tee oder Kaffee tun) oder andere Milchprodukte (z.B. Käse, Joghurt, Quark), im Durchschnitt?** nie < 1 Tag pro Woche 1 Tag pro Woche 2 Tage pro Woche
 3 Tage pro Woche 4 Tage pro Woche 5 Tage pro Woche 6 Tage pro Woche
 7 Tage pro Woche keine Antwort37.10 **NUR PERSONEN, DIE AUF DIE FRAGE 37.09 "7 Tage pro Woche" GEANTWORTET HABEN.****Wie viele Portionen Milch oder Milchprodukte nehmen Sie durchschnittlich pro Tag zu sich? Eine Portion wäre etwa 200g Frischkäse/Hüttenkäse oder 30-60g Käse. Bei Milch wäre es etwa ein mittleres Glas voll.** weniger als eine Portion pro Tag etwa 1 Portion pro Tag 2 Portionen pro Tag
 3 oder mehr Portionen pro Tag weiss nicht keine Antwort

Patientennummer: _____

Zentrum: _____

Geburtsdatum: _____

Initialen: NN VN

Geschlecht: m w

38.00 Anamnese

38.01 Wann wurde beim Patienten zum ersten Mal Vorhofflimmern festgestellt? .

38.02 Wie wurde Vorhofflimmern dokumentiert? **(Dokumentation erforderlich!)**
 12-Kanal EKG Holter EKG Loop recorder / R-Test PM / ICD Anders

38.03 aktueller Vorhofflimmer-Typ: paroxysmal persistierend (>7 Tage, EKV) permanent

38.04 Wie oft hat der Patient Episoden von Vorhofflimmern? **(Bitte eine Antwort ankreuzen.)**
 > 1 x pro Woche < 1 x pro Woche aber > 1 x pro Monat < 1 x pro Monat keine mehr

38.05 Mittlere Dauer der Episoden? Minuten Stunden Tage keine mehr

38.06 Welche Beschwerden treten beim Patienten in Zusammenhang mit Vorhofflimmern auf?
 Palpitationen Schwindel Thoraxschmerzen keine
 Dyspnoe Müdigkeit Synkope andere _____

38.07 Gibt es Faktoren / Verhaltensweisen, welche beim Patienten Vorhofflimmern auslösen?
 nein Alkohol Koffein Stress Schlafentzug/Übermüdung

Andere: _____

38.08 Vorhofflattern bekannt? Ja Nein

38.09 St.n. RFA Isthmus? Ja Nein **Falls ja, wann:** .

38.10 St.n. Elektrokonversion? Ja Nein **Falls ja:** Anzahl

38.11 St.n. PVI? Ja Nein **Falls ja:** Anzahl

38.12 St.n. Implantation eines Devices Ja Nein
Falls ja, Art des Devices: PM ICD CRT CRT-ICD Loop recorder

Datum Implantation: . .

38.13 Postinterventionelle Komplikation? Ja Nein **Falls ja, welche:** _____

39.00 Blutverdünnung / Medikamente

39.11 Aspirin Ja Nein **Dosierung:** _____

39.12 OAK Ja Nein **Falls ja, welche:** _____

39.13 TC-Aggregationshemmer Ja Nein **Falls ja, welcher:** _____

39.14 Medikament 1 **Name:** _____ **Dosierung:** _____

39.15 Medikament 2 **Name:** _____ **Dosierung:** _____

39.16 Medikament 3 **Name:** _____ **Dosierung:** _____

39.17 Medikament 4 **Name:** _____ **Dosierung:** _____

39.18 Medikament 5 **Name:** _____ **Dosierung:** _____

39.19 Medikament 6 **Name:** _____ **Dosierung:** _____

39.20 Welche Antiarrhythmika hat der Patient früher bereits eingenommen?
 keine Flecainide Propafenon Sotalol Amiodaron Dronedaron Andere
Wann wurde das Medikament gestoppt? Grund des Absetzens: _____

39.30 **Regelm. Drogenkonsum** Ja Nein
Falls ja, Art der Droge: Kokain Heroin Marihuana Ecstasy LSD andere

	Morgen	Mittag	Abend
39.11 Aspirin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.12 OAK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.13 TC-Aggregationshemmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.14 Medikament 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.15 Medikament 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.16 Medikament 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.17 Medikament 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.18 Medikament 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.19 Medikament 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patientennummer: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: m w

Zentrum: _____

Initialen: NN VN

40.00 Erkrankungen

- 40.01 St.n. Herzinfarkt Ja Nein
- 40.02 St.n. AKB Ja Nein
- 40.03 St.n. Klappenoperation Ja Nein
- 40.04 St.n. PTCA / Stent Ja Nein
- 40.05 St.n. Stroke / TIA Ja Nein
- 40.06 Sonstige Embolien/Verschlüsse Ja Nein
- 40.07 Bekannte Herzinsuffizienz Ja Nein
- 40.08 Obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom Ja Nein
- 40.09 Arterielle Hypertonie Ja Nein
- 40.10 Diabetes mellitus Ja Nein
- 40.11 PAVK Ja Nein
- 40.12 Niereninsuffizienz Ja Nein
- 40.13 Hyperthyreose Ja Nein
- 40.14 Hypothyreose Ja Nein
- 40.15 St.n. Lungenembolie/TVT Ja Nein
- 40.16 Bekanntes Malignom Ja Nein
- 40.17 St.n. schwerer Blutung Ja Nein

Welche: _____

Falls ja, Organ: _____

Falls ja: intrakraniell gastrointestinal andere Transfusionsbedürftige andere

- 40.18 Magenulkus Ja Nein
 - 40.19 Rezidivierende Stürze Ja Nein
 - 40.20 andere schwere Krankheiten Ja Nein
- (z.B. Magen-Darm, Leber, Nervensystem, etc.)

Falls ja, welche: _____

41.00 Proportion der INR-Werte im Zielbereich (2.0-3.0): / (über Wochen)

42.00 Familienanamnese

42.10 Leiden Mitglieder der Familie des Patienten an Vorhofflimmern?

- 42.11 Vater Vorhofflimmern unbekannt Nein Ja diagnostiziert im Alter von Jahren
- 42.12 Bruder Vorhofflimmern unbekannt Nein Ja diagnostiziert im Alter von Jahren
- 42.13 Mutter Vorhofflimmern unbekannt Nein Ja diagnostiziert im Alter von Jahren
- 42.14 Schwester Vorhofflimmern unbekannt Nein Ja diagnostiziert im Alter von Jahren

42.20 Gibt es eine familiäre Belastung für folgende Krankheiten?

- 42.21 Hypertonie unbekannt Nein Ja
- 42.22 Diabetes mellitus unbekannt Nein Ja
- 42.23 Übergewicht unbekannt Nein Ja
- 42.24 KHK unbekannt Nein Ja

43.00 Körperliche Untersuchung

- 43.10 Ödeme der unteren Extremitäten Ja Nein
- 43.20 Rasselgeräusche über den Lungefeldern Ja Nein

Beat - AF

Patientennummer: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: m w

Zentrum: _____

Initialen: NN VN

44.00 Voruntersuchungen [Check-Liste]

44.10 EKG gemacht	<input type="checkbox"/>	Datum:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			t t		m m		j j j j
44.20 Holter-EKG gemacht	<input type="checkbox"/>	Datum:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			t t		m m		j j j j
44.30 Echo gemacht	<input type="checkbox"/>	Datum:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			t t		m m		j j j j
44.40 Blutentnahme gemacht	<input type="checkbox"/>	Datum:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			t t		m m		j j j j

45.00 Vitalparameter

45.10 Körpergröße	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	cm
45.20 Körpergewicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kilogramm
45.30 Herzfrequenz [manuell über 30 Sekunden]	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Schläge pro Minute
45.40 Herzfrequenz [EKG]	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Schläge pro Minute
45.50 Blutdruck systolisch liegend [1]	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	mmHg
45.60 Blutdruck diastolisch liegend [1]	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	mmHg
45.70 Blutdruck - systolisch liegend [2]	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	mmHg
45.80 Blutdruck - diastolisch liegend [2]	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	mmHg

46.00 Bemerkungen