

Name:

Eingeber / Klinik:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

PID:

Allgemeinbogen (nur beim 1. Aufenthalt)	<b>Anamnese (nur bei erster Registrierung)</b>	
	Symptombeginn	__-__-____ Datum des Symptombeginns; falls nicht genau bekannt bitte schätzen
	Infekt <6 Wochen vor Symptombeginn	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Fieber <6 Wochen vor Symptombeginn	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Vorbestehende Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Primäre Kardiomyopathie <input type="checkbox"/> AHF-isoliert <input type="checkbox"/> AHF-komplex <input type="checkbox"/> Sonstige
	Sportliches Niveau	<input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> altersgemäß <input type="checkbox"/> Vereinessport <input type="checkbox"/> Leistungssport
	Pränatale Infektion der Mutter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> n. a.
	Wurde gestillt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
	<b>Initiale Beschwerden (nur bei erster Registrierung)</b>	
	Angina pectoris	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> n. a. Schmerzen oder Druckgefühl im Brustbereich bei Belastung oder in Ruhe
	Luftnot	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Atemnot bei Belastung oder in Ruhe
	Leistungsminderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Abnahme der körperlichen Belastbarkeit im Vergleich
	Synkope	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Plötzlicher Bewußtseinsverlust ohne externe Ursache
	Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Vom Patienten verspürtes Herzrasen oder Herzstolpern
	Trinkschwäche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> n. a. Bei Säuglingen
Überlebter plötzlicher Herztod	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Durch Reanimation überlebter Herz-Kreislauf-Stillstand	
sonstige	Andere Beschwerden, durch die die medizinische Abklärung in Gang gesetzt wurde	

Aufenthaltsbogen (bei jedem Aufenthalt)	<b>Aktueller Aufenthalt</b>	
	Art des Aufenthalts	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
	Datum	__-__-____ Datum der Aufnahme
	Zuweisung	<input type="checkbox"/> Selbststeller <input type="checkbox"/> Rettungsstelle <input type="checkbox"/> Ambulanz <input type="checkbox"/> Überweisung <input type="checkbox"/> Verlegung Auf welchem Wege ist der Patient zur behandelnden Einrichtung gekommen?
	falls stationär: Intensivstation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Kam es im Laufe des stationären Aufenthaltes zu intensivmedizinischer Behandlung?
	falls stationär: Länge des stationären Aufenthaltes (d)	Dauer des stationären Aufenthaltes in Tagen
	Größe (in cm)	
	Gewicht (in kg)	
	<b>Aktuelle Beschwerden - Beschwerden, die zur aktuellen Aufnahme geführt haben (fortbestehend oder nicht)</b>	
	Luftnot: NYHA-Klasse	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> n. a. I = keine Luftnot; II = Luftnot bei starker Belastung; III = Luftnot bei geringer Belastung; IV = Luftnot in Ruhe
	Rhythmusstörungen, subjektiv	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> n. a. Herzrasen oder Herzstolpern
	Rhythmusstörungen, dokumentiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Tachykardie oder Bradykardie Rhythmusstörungen im 12-Kanal-EKG oder im Langzeit-EKG
	Brustschmerzen: CCS-Klasse	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> n. a. I = Brustschmerzen unbekannt; II = Brustschmerzen bei starker Belastung; III = Brustschmerzen bei geringer Belastung; IV = Brustschmerzen in Ruhe
	Müdigkeit, Abgeschlagenheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Subjektive Einschätzung der Patienten/ der Eltern im Vergleich zum Normalzustand
	sonstige Beschwerden	

<b>Diagnostik - Untersuchungen die während oder unmittelbar vor dem aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurden</b>		
<b>12-Kanal-EKG</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Datum	__-__-____	
HF/min		
ST-Elevation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
ST-Senkung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
T-Negativierung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
AVB	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	
Monitorüberwachung/24h-EKG	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Labor</b>		
Erythrozyten	<input type="checkbox"/> Nicht bestimmt <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> erhöht	<b>WERT</b> ____ Mio/ $\mu$ l
Hämoglobin	<input type="checkbox"/> Nicht bestimmt <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> erhöht	<b>WERT</b> ____ g/dl
Leukozyten	<input type="checkbox"/> Nicht bestimmt <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> erhöht	<b>WERT</b> ____ Tsd/ $\mu$ l
Thrombozyten	<input type="checkbox"/> Nicht bestimmt <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> erhöht	<b>WERT</b> ____ Tsd/ $\mu$ l
CRP	<input type="checkbox"/> Nicht bestimmt <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> erhöht	<b>WERT</b> ____ mg/l
BNP oder nt-proBNP	<input type="checkbox"/> Nicht bestimmt <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> erhöht	<b>WERT</b> BNP ____ pg/ml oder nt-proBNP ____ ng/l
Troponin	<input type="checkbox"/> Nicht bestimmt <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> erhöht	<b>WERT</b> T ____ ng/ml oder Ths ____ ng/l oder I ____ ng/ml oder Ihs ____ pg/ml oder
serologischer Virus-nachweis	<input type="checkbox"/> Nicht bestimmt <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<b>VIRUS BESCHREIBUNG:</b>
<b>Röntgen Thorax</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Datum	__-__-____	
Kardiomegalie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Echokardiographie</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Datum		
LV-EF in % (biplan)		
LV-EF in % (M-Mode)		
LVEDD (M-Mode, mm)		
LV vergrößert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Kardio-MRT</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Datum		
LVEDV (ml/m <sup>2</sup> )		
LV-EF (%)		
Late Enhancement	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ödem	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nachweis Myokarditis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar	
<b>Herzkatheter:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Datum	__-__-____	
Koronarangiographie	<input type="checkbox"/> nicht durchgeführt <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> auffällig	
Biopsie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> RV <input type="checkbox"/> LV <input type="checkbox"/> LV und RV	
<b>Endokardbiopsie (Eingabe durch Studienzentrale)</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	
Datum	__-__-____	
Lokalisation	LV / RV	
Zellgehalt	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> leichtgradig <input type="checkbox"/> mittelgradig <input type="checkbox"/> schwer erhöht	
Myokardzellnekrosen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fibrose	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> geringgradig <input type="checkbox"/> mittelgradig <input type="checkbox"/> hochgradig	
Virusnachweis Myokard	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Virus		

Diagnose EMB	<input type="checkbox"/> Akute <input type="checkbox"/> abheilende <input type="checkbox"/> chronische <input type="checkbox"/> Z.n. Myokarditis <input type="checkbox"/> DCM <input type="checkbox"/> HCM <input type="checkbox"/> sonstige	
Besonderheiten		
<b>Ergometrie / Spiroergometrie</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Datum	__ . __ . ____	
VO2max (ml/min*kg)	__ . __ <input type="checkbox"/> nicht bestimmt	
Watt/kgKG > 2	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
EKG-Veränderungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
sonstige Diagnostik		
<b>Myokarditis-Diagnose - Mit welcher Sicherheit handelt es sich aus der aktuellen Sicht ursprünglich um eine Myokarditis</b>		
Sicherheit der Diagnose	<input type="checkbox"/> 5 = sicher, keine Alternative möglich; <input type="checkbox"/> 4 = sicher, Alternativen theoretisch denkbar; <input type="checkbox"/> 3 = wahrscheinlich, Alternativen möglich; <input type="checkbox"/> 2 = möglich, Alternativen gleichrangig; <input type="checkbox"/> 1 = möglich, Alternativen wahrscheinlicher, <input type="checkbox"/> 0 = ausgeschlossen, Alternative sicher diagnostiziert	
(bei 0 öffnet sich:) Alternativ diagnostizierte Erkrankung Diagnostische Methode		
<b>LV-Funktion</b>		
minimale EF (%)	<input type="checkbox"/> ≥55 <input type="checkbox"/> 54-45 <input type="checkbox"/> 44-30 <input type="checkbox"/> <30	Niedrigste Ejektionsfraktion während des aktuellen Aufenthaltes oder unmittelbar davor
benutzte Methode zur Bestimmung	<input type="checkbox"/> Echo <input type="checkbox"/> MRT <input type="checkbox"/> HK	Methode, mit der die angegebene minimale EF bestimmt wurde (wenn mehrere durchgeführt wurden: Echokardiographie)
<b>Therapie - Maßnahmen, die während des aktuellen Aufenthaltes oder unmittelbar davor durchgeführt wurden</b>		
körperliche Schonung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beatmung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Dauer der Beatmung in Tagen		
<b>Medikamentös</b>		
Betablocker	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
ACE-Hemmer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
AT1-Antagonist	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Aldosteronantagonist	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Diuretikum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Calcium-Kanal-Blocker	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Glykoside	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Anderes Antiarrhythmikum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Milrinon	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Dobutamin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Levosimendan	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Epinephrin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Norepinephrin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ilomedin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Immunglobuline	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nicht-steroidale Antiphlogistika	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kortikosteroide	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Azathioprin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Interferon -β	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Virostatikum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Sonstige Therapie</b>		
<b>Devices</b>		
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Datum	__ . __ . ____	

ICD	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Datum	__.:__.:____	
CRT	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Datum	__.:__.:____	
ECMO	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Datum Implantation	__.:__.:____	
Datum Explantation	__.:__.:____	
Kanülierung		
VAD	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Datum Implantation	__.:__.:____	
EMB bei Implantation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
geweaned	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein DATUM EXPLANTATION: __.:__.:____	
Position	<input type="checkbox"/> LVAD <input type="checkbox"/> RVAD <input type="checkbox"/> BIVAD	
System	<input type="checkbox"/> BerlinHeart <input type="checkbox"/> Heartware <input type="checkbox"/> Heartmate <input type="checkbox"/> Levitronix <input type="checkbox"/> andere (Mehrfachauswahl möglich)	
<b>Komplikationen</b>	<b>Komplikationen während oder unmittelbar vor dem aktuellen Aufenthalt</b>	
Tod	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sterbedatum	__.:__.:____	
Herztransplantation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelistet	
Datum HTX	__.:__.:____	
Datum Listung	__.:__.:____	
Maligne Rhythmusstörung, bradykard	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sinusalrest $\geq 3.5$ s, AV-Block $\geq II^{\circ}$
Maligne Rhythmusstörung, tachykard	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anhaltende ventrikuläre Tachykardie, Kammerflattern, Kammerflimmern
Dekompensation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zeichen der akuten Rechts- oder Linksherzdekompensation (periphere Ödeme, pulmonale Stauung)
Reanimation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Datum	__.:__.:____	
sonstige Komplikationen		
<b>Entlassung</b>		
Anbindung	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Herzzentrum <input type="checkbox"/> Klinik-Ambulanz <input type="checkbox"/> Kinderkardiologe <input type="checkbox"/> Kardiologe <input type="checkbox"/> Kinderarzt <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Verlegung	