

Name:

Eingeber / Klinik:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

PID:

Allgemeinbogen (nur beim 1. Aufenthalt)	Anamnese (nur bei erster Registrierung)	
	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
	wenn ja: gemessene Temp.	<input type="checkbox"/> ≤ 39 °C <input type="checkbox"/> > 39 °C <input type="checkbox"/> unbekannt
	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"/> Vereissport <input type="checkbox"/> Leistungssport
	Initiale Beschwerden (nur bei erster Registrierung)	
	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 Herzasen oder Herztolpern
	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
	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
	sonstige	Andere Beschwerden, durch die die medizinische Abklärung in Gang gesetzt wurde
	Impfung	
	Impfung in den letzten 21 Tagen vor Symptombeginn?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Impfung	<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2: 1. Impfung <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2: 2. Impfung <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2: 3. Impfung <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2: 4. Impfung <input type="checkbox"/> andere: _____
	Impfstoff	<input type="checkbox"/> Corminaty (Biontech) <input type="checkbox"/> Spikevax <input type="checkbox"/> anderer Impfstoff: _____
	Chargen-Nr.	
	Impfdatum	__-__-____
	Test auf SARS-CoV-2?	
Test auf SARS-CoV-2?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
wenn ja: Testmethode	<input type="checkbox"/> Antigen <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Antikörper	
wenn ja: Testdatum	__-__-____	
wenn ja: Testergebnis	<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv	

Aufenthaltsbogen (bei jedem Aufenthalt)	Aktueller Aufenthalt		
	Art des Aufenthaltes	<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	
	falls stationär: Intensivstation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	falls stationär: Länge des stationären Aufenthaltes (d)		Dauer des stationären Aufenthaltes in Tagen
	Größe (in cm)		
	Gewicht (in kg)		
	Aktuelle Beschwerden - Beschwerden, die zur aktuellen Aufnahme geführt haben (fortbestehend oder nicht)		
	Luftnot: NYHA-Klasse	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> n. a.	
	Rhythmusstörungen, subjektiv	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> n. a.	
	Rhythmusstörungen, dokumentiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	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.	
	Müdigkeit, Abgeschlagenheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	sonstige Beschwerden		
	Diagnostik - Untersuchungen die während oder unmittelbar vor dem aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurden		
	12-Kanal-EKG	<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	
	Datum	__.:__.:____	
	HRST	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	falls ja:	<input type="checkbox"/> Supraventrikuläre Extrasystolen <input type="checkbox"/> Ventrikuläre Extrasystolen <input type="checkbox"/> Supraventrikuläre Tachykardie <input type="checkbox"/> Ventrikuläre Tachykardie <input type="checkbox"/> Bigeminus <input type="checkbox"/> Salven	
	Labor		
Erythrozyten	<input type="checkbox"/> Nicht bestimmt <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> erhöht WERT ____ Mio/ μ l		
Hämoglobin	<input type="checkbox"/> Nicht bestimmt <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> erhöht WERT ____ g/dl		
Leukozyten	<input type="checkbox"/> Nicht bestimmt <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> erhöht WERT ____ Tsd/ μ l		
Thrombozyten	<input type="checkbox"/> Nicht bestimmt <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> erhöht WERT ____ Tsd/ μ l		
CRP	<input type="checkbox"/> Nicht bestimmt <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> erhöht WERT ____ mg/l		
BNP oder nt-proBNP	<input type="checkbox"/> Nicht bestimmt <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> erhöht WERT BNP ____ pg/ml oder nt-proBNP ____ ng/l		
Troponin	<input type="checkbox"/> Nicht bestimmt <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> erhöht WERT T ____ ng/ml oder Ths ____ ng/l oder I ____ ng/ml oder lhs ____ pg/ml oder		
Virusnachweis (serologisch/PCR)	<input type="checkbox"/> Nicht bestimmt <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ VIRUS BESCHREIBUNG:		
EDTA-Blut / Serum für Biomaterialbank abgenommen	EDTA: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Serum: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Röntgen Thorax	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Datum	__.:__.____	
Kardiomegalie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Echokardiographie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Datum	__.:__.____	
LV-EF in % (biplan)	_____ %	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
LV-EF in % (M-Mode)	_____ %	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
LVEDD (M-Mode, mm)	_____	
LV vergrößert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bilddaten an Studienzentrale geschickt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kardio-MRT	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Datum	__.:__.____	
LVEDV (ml/m ²)	_____	
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	
Bilddaten an Studienzentrale geschickt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Herzkatheter:	<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	
Endokardiopsie (Eingabe durch Studienzentrale)	<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	_____	
Ergometrie / Spiroergometrie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Datum	__.:__.____	
VO ₂ max (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	_____	
Myokarditis-Diagnose - Mit welcher Sicherheit handelt es sich aus der aktuellen Sicht ursprünglich um eine Myokarditis		
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	_____	
LV-Funktion		
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)
Therapie - Maßnahmen, die während des aktuellen Aufenthaltes oder unmittelbar davor durchgeführt wurden		
körperliche Schonung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beatmung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Dauer der Beatmung in Tagen		
Medikamentös		
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	
andere Medikamente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
wenn ja: welche?		
Sonstige Therapie / Medikation		
Devices		
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)	
Komplikationen		
Komplikationen während oder unmittelbar vor dem aktuellen Aufenthalt		
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 ≥ 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 Rechtsherz- oder Linksherzdekompensation (periphere Ödeme, pulmonale Stauung)
Reanimation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Datum	__.:__.____	
sonstige Komplikationen		
Entlassung		
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	