

Anamnesebogen

Bei Verdacht auf tachykarde Herzrhythmusstörungen

Patient:

Geburtsdatum:

Ausgefüllt durch: Eltern Patient gemeinsam

am **Datum:**

1. Welche Beschwerden waren der Grund für die Vorstellung?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzasen | <input type="checkbox"/> Beinahe-Ohnmacht |
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen | <input type="checkbox"/> Ohnmacht |
| <input type="checkbox"/> Herzs stolpern | <input type="checkbox"/> Blässe |
| <input type="checkbox"/> unregelmäßiger Herzschlag | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Druckgefühl in der Brust | <input type="checkbox"/> Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> Brustschmerzen | <input type="checkbox"/> Schwächegefühl |
| <input type="checkbox"/> Luftnot | <input type="checkbox"/> Leistungsknick |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

2. Beschreibung des Herzasens

“Wie fühlt sich das Herzasen an?”

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> sehr schnell und regelmäßig | <input type="checkbox"/> einzelne Aussetzer oder Stolperer |
| <input type="checkbox"/> sehr schnell und unregelmäßig | <input type="checkbox"/> schwer beschreibbar |

Beginn des Herzasens

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> plötzlich innerhalb weniger Sekunden | <input type="checkbox"/> unklar |
| <input type="checkbox"/> langsam zunehmend über Minuten | |

Ende des Herzasens

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> plötzlich beendet | <input type="checkbox"/> unklar |
| <input type="checkbox"/> langsam auslaufend | |

Wie schnell schlägt das Herz geföhlt?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> leicht beschleunigt | <input type="checkbox"/> extrem schnell („wie ein Maschinengewehr“) |
| <input type="checkbox"/> deutlich schneller | <input type="checkbox"/> nicht einschätzbar |
-

3. Häufigkeit der Episoden “Wie oft treten Beschwerden auf?”

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> mehrmals pro Monat |
| <input type="checkbox"/> mehrmals pro Woche | <input type="checkbox"/> seltener |
| <input type="checkbox"/> einmal pro Woche | |
-

Seit wann bestehen die Beschwerden?

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> erstmals heute | <input type="checkbox"/> seit Monaten |
| <input type="checkbox"/> seit Tagen | <input type="checkbox"/> seit Jahren |
| <input type="checkbox"/> seit Wochen | |
-

4. Dauer der Episoden

“Typische Dauer?”

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> wenige Sekunden | <input type="checkbox"/> 15–60 Minuten |
| <input type="checkbox"/> unter 1 Minute | <input type="checkbox"/> über 1 Stunde |
| <input type="checkbox"/> 1–5 Minuten | <input type="checkbox"/> mehrere Stunden |
| <input type="checkbox"/> 5–15 Minuten | |
-

5. Auslösende Situationen “Treten die Beschwerden auf bei?”

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> körperlicher Belastung | <input type="checkbox"/> Angst |
| <input type="checkbox"/> Sport | <input type="checkbox"/> Freude |
| <input type="checkbox"/> Wettkampf | <input type="checkbox"/> in Ruhe |
| <input type="checkbox"/> Schwimmen | <input type="checkbox"/> im Schlaf |
| <input type="checkbox"/> direkt nach Belastung | <input type="checkbox"/> nach Koffein/Energy-Drinks |
| <input type="checkbox"/> emotionalem Stress | <input type="checkbox"/> nach Medikamenteneinnahme |
| <input type="checkbox"/> Aufregung | <input type="checkbox"/> ohne erkennbaren Auslöser |
-

6. Ende der Episoden

“Kann die Episode beeinflusst werden?”

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> spontanes Ende | <input type="checkbox"/> Pressen hilft (Valsalva) |
| <input type="checkbox"/> Hinsetzen hilft | <input type="checkbox"/> Eiswasser/Gesichtskühlung hilft |
| <input type="checkbox"/> Hinlegen hilft | <input type="checkbox"/> Husten hilft |
| <input type="checkbox"/> Trinken hilft | <input type="checkbox"/> sonstiges: |
-
-

7. Begleitsymptome

Symptom	Ja	Nein
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwarzwerden vor Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

“Während des Herzrasens:”

Symptom	Ja	Nein
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blässe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Synkopen (Ohnmachtsanfälle) “Gab es jemals eine Ohnmacht?”

- Nein
 Ja

Wenn ja:

Anzahl: _____

Tritt die Ohnmacht auf:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> in Ruhe | <input type="checkbox"/> beim Schwimmen |
| <input type="checkbox"/> beim Sport | <input type="checkbox"/> bei Schreck |
| <input type="checkbox"/> unmittelbar nach Sport | <input type="checkbox"/> bei Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> beim Aufstehen | |

9. Sportanamnese

Sportart:

Trainingsumfang:

Beschwerden während Sport?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Wenn ja: | |
| <input type="checkbox"/> Herzrasen | <input type="checkbox"/> Luftnot |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Leistungseinbruch |
| <input type="checkbox"/> Brustschmerz | <input type="checkbox"/> Ohnmacht |

10. Frühere Diagnostik

- EKG
 Langzeit-EKG
 Event-Rekorder
 Smartwatch-Aufzeichnung

“Bereits durchgeführt:”

- Belastungs-EKG
 Echokardiographie
 Elektrophysiologische Untersuchung

Vorbefunde vorhanden?

Nein

Ja

Bitte mitbringen.

11. Herzkrankheiten des Patienten

“Bekannte Erkrankungen:“

keine

Kawasaki-Syndrom

angeborener Herzfehler

Kardiomyopathie

Zustand nach Herzoperation

WPW-Syndrom

Myokarditis

Sonstige:

12. Medikamente

Regelmäßige Medikamente:

13. Familienanamnese

Gab es in der Familie:

Erkrankung	Ja	Nein	Erkrankung	Ja	Nein
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kardiomyopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WPW-Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Long-QT-Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVNRT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brugada-Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorhofflimmern <50 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plötzlicher Herztod <50 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unerklärtes Ertrinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unerklärter Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

14. Dokumentation von Episoden

Falls vorhanden:

Smartwatch-EKG

Rettungsdienst-EKG

Pulsmessung

Krankenhaus-EKG

Smartphone-Aufzeichnung

Foto der Herzfrequenzanzeige

Bitte zum Termin mitbringen.
