

Dr. med. Dirk Wiechert

Facharzt für Allgemeinmedizin
Privatabrechnung nach GOÄ

Anamnesebogen für das 3-D-Vektor-EKG

Die Cardisigraphie beschäftigt sich mit der Vektorkardiographie, bei der es möglich ist, mithilfe künstlicher Intelligenz und ohne invasiven Eingriff, frühzeitig Erkrankungen des Herzens aufzudecken. Dem Programm ist es sogar möglich koronare Herzerkrankungen zu finden, die in einem normalen, zweidimensionalen EKG nicht entdeckt werden würden. Dieses Programm analysiert die Erregungsausbreitung in einem dreidimensionalen Raum, der durch die Anordnung der Elektroden gegeben ist. Danach gleicht das Programm die Ergebnisse mithilfe künstlicher Intelligenz mit einem, sich ständig weiterentwickelndem, Datensatz ab. Der daraus entstehende Befund wird dann durch Dr. Wiechert interpretiert.

Bitte beachten Sie, dass Sie zum Termin eine FFP2- oder FFP3-Maske tragen und vermeiden Sie den Aufenthalt von Begleitpersonen in der Praxis, um unnötige Kontakte und Infektionswege zu minimieren.

Kontaktdaten	
Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	Plz / Wohnort
Telefon	Arbeitgeber
Familienstand	Beruf
E-Mail	

Allgemeine Angaben	
Körpergröße in cm	Gewicht in kg
Behandelnder Hausarzt	
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Beihilfe
Blutgruppe:	

Schilderung Ihrer Beschwerden

Kurze Beschreibung der Symptome – Was, wann auftretend, beeinflussbar durch?

1.	Seit
2.	Seit
3.	Seit

Krankenvorgeschichte

Bekannte Vorerkrankungen?

Sind Infektionskrankheiten bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche?
-------------------------------------	---	------------------

Medikation

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

(Bitte geben Sie den genauen Namen des Präparates, die Dosierung und die tägliche Einnahme an)

Soziale Anamnese

Haben Sie Freunde?	Sind Sie gut in Ihre Familie integriert?
Wie sind Ihre Wohnverhältnisse?	Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt?

Allgemeine Lebensführung

Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?	Menge:
Seit wann?	Seit Lebensalter:
Ist Ihr Schlaf erholsam?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an Ein- oder Durchschlafstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie große Sorgen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie nervös?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an psychischen Problemen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Kopfbereich

Leiden Sie unter Schwindel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ohnmachtsanfälle?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Epileptische Anfälle?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Halsbereich

Halsschmerzen oder Schmerzen beim Schlucken?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie ein Kloßgefühl im Hals?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine vergrößerte Schilddrüse?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Heiserkeit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie lange schon?	

Brustbereich

Leiden Sie unter Husten? Wie lange? Wie ist der Auswurf beschaffen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Atemnot?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Asthma bronchiale?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Leiden Sie unter Herzrasen oder Herzstolpern?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bauchbereich	
Leiden Sie unter Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Beschwerden vor oder nach dem Essen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	
Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Sodbrennen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Arme und Hände	
Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wo und wie stark?	
Schlafen Ihnen (nachts) die Hände ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Durchblutungsstörungen der Hände?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zittern Ihre Hände (manchmal)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie (manchmal) Gefühlsstörungen in Armen oder Händen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Weiteres	
Haben Sie vor kurzem eine (Covid-) Impfung erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Impfstoff: Wann:
Wenn ja, bestehen die Beschwerden seitdem?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Mögliche Labordiagnostik:

Um genau dazustellen, ob sich die Durchblutungssituation Ihres Herzens unter **körperlicher Belastung** verändert, bietet sich eine Vorher/Nachher-Messung des 3-D-Vektor-EKGs an. Begleitend würden außerdem Blutkontrollen durchgeführt werden, die uns zeigen, ob sich die herzspezifischen Blutparameter unter Belastung verändern. Hier würden wir folgende Parameter messen:

- **D-Dimere** (einmalige Messung; zeigt möglich erhöhte Gerinnungsaktivität in den kleinsten Haargefäßen an)
- **Nt-Pro-BNP** (Vorher/Nachher-Messung; sagt etwas über die Wandspannung des Herzens aus)
- **Troponinwert** (Vorher/Nachher-Messung; gibt Hinweis auf Absterben von Herzmuskelzellen)
- **CK-Nac, CK-Mb und HBDH** (Vorher/Nachher-Messung; Herzmuskelenzymwerte und Energiebildung des Herzens)
- **Blutgasanalyse** (Vorher/Nachher-Messung; gibt uns Aufschluss über eventuelle Entgleisung der Blutgase. Die Entwicklung des Milchsäurewerts zeigt, wie sehr Sie sich angestrengt haben)

Die Ergebnisse werden dann in Abgleich mit dem EKG-Ergebnis interpretiert.

Die Kosten für die vollständige Untersuchung, die zugehörigen Beratungen und die Laborwerte liegen bei ca. 550€.

Im Folgenden weisen wir darauf hin, dass wir als Praxis keine hausärztliche Betreuung für Sie übernehmen können, sondern im Rahmen dieser Behandlung nur die Untersuchung des 3-D-Vektor-EKGs durchführen und interpretieren. Hierfür greifen wir auch auf die, in diesem Bogen erhobenen, Daten zurück.

Wir möchten Sie noch einmal darauf aufmerksam machen, dass Dr. Wiechert ausschließlich privatärztlich arbeitet, wobei er nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abrechnet. Falls Sie gesetzlich versichert sind, müssen Sie sämtliche Kosten selbst tragen. Auch bei Privatpatienten kann der Fall eintreten, dass einige Therapien von der privaten Krankenkasse nicht übernommen werden. Bei diesbezüglichen Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Hiermit klären wir Sie darüber auf, dass wir im Rahmen Ihrer Behandlung die erbrachten Leistungen nach der GOÄ bis zum 3,49-fachen Satz berechnen dürfen.

Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen, gem. § 630e BGB, zur Besprechung Ihrer, durch unsere Praxis erhobenen, Befunde verpflichtet sind.

Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, spätestens 24 Stunden im Voraus den Termin abzusagen – im Falle einer zu kurzfristigen Absage müssen wir den Termin trotzdem abrechnen.

Um einen organisatorisch optimierten Ablauf zu ermöglichen, gestatten Sie uns bitte mit Ihrer Unterschrift die Weiterleitung Ihrer Befunde von genutzten Laboren an die Praxis Dr. Wiechert. Ebenfalls erklären Sie sich mit Ihrer Unterschrift einverstanden, dass wir personenbezogene Daten an die beauftragten Labore bzw. die begleitenden Ärzte für eine fallbezogene Korrespondenz weitergeben dürfen.

Zur Sicherheit Ihrer persönlichen Daten schicken wir Ihnen Befund und Dokumente, per Email, verschlüsselt zu. Bitte geben Sie dafür nachfolgend Ihr gewünschtes Passwort an:

(Ihr persönliches Passwort)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Kenntnisnahme dieses Dokumentes:

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Patienten)

Praxis Dr. med. Dirk Wiechert – Parkallee 301 – 28213 Bremen – Telefon (0421) 395015 – Telefax 3961239
eMail info@dr-wiechert.com – Internet www.dr-wiechert.com