

# Entlassbogen

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

Der/die Patient:in, \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_, ist bei uns wegen eines Myokardinfarktes behandelt worden.

- Diagnose:  STEMI  NSTEMI
- Therapie:  Konservativ  PCI, Anzahl der Stents: \_\_\_\_\_  Bypass-OP
- In folgenden Gefäßen:  Hauptstamm  LAD  RCX  RCA
- LV-Funktion:  gut  leicht reduziert  mittelschwer reduziert  schwer reduziert

Entlassmedikation	Wirkstoffe	Tagesdosis	Einnahmedauer bei Verträglichkeit
Antithrombotische Therapie			bis _____ / <input type="checkbox"/> dauerhaft
			bis _____ / <input type="checkbox"/> dauerhaft
			bis _____ / <input type="checkbox"/> dauerhaft
Statin			bis _____ / <input type="checkbox"/> dauerhaft
Anderer Lipidsenker			bis _____ / <input type="checkbox"/> dauerhaft
Betablocker			bis _____ / <input type="checkbox"/> dauerhaft
RAAS-Blocker / ARNI			bis _____ / <input type="checkbox"/> dauerhaft
MRA			bis _____ / <input type="checkbox"/> dauerhaft
SGLT-2 Inhibitor			bis _____ / <input type="checkbox"/> dauerhaft
Protonenpumpenhemmer			bis _____ / <input type="checkbox"/> dauerhaft
Sonstige			bis _____ / <input type="checkbox"/> dauerhaft
			bis _____ / <input type="checkbox"/> dauerhaft

*Die gesamte Medikation entnehmen Sie bitte dem beigefügten, bundeseinheitlichen Medikamentenplan.*

Aufgrund folgender weiterer Befunde besteht bei dem/der Patient:in ein erhöhtes antithrombotisches Risiko mit der Indikation zu einer verlängerten antithrombotischen Kombinationstherapie.

- Mehrgefäßerkrankung / diffuser Koronarbefund  Diabetes mellitus
- Rezidivierender Myokardinfarkt in der Vorgeschichte  pAVK
- Eingeschränkte Nierenfunktion (eGFR < 60)  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Mit dem/der Patient:in wurde folgendes vereinbart:	Zielwerte:
<input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme nach Plan (s.o.)	LDL: _____
<input type="checkbox"/> Tägliche Blutdruckmessung, 2x täglich	Blutdruck: _____
<input type="checkbox"/> Sport, min. 3x 30 Min. / Woche	Gewicht: _____
<input type="checkbox"/> Nichtraucher	
<input type="checkbox"/> Mediterrane Ernährung	

Ort, Datum

Unterschrift Ärzt:in

Ich habe die Erklärungen und Vereinbarungen verstanden und habe derzeit keine weiteren Fragen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in