



## ENDOMYOKARDBIOPSien

<b>Patientendaten</b>	<b>Einsender</b> (Stempel)	
Name:		
Geburtsdatum:		
Ansprechpartner (Arzt):		
Tel.:	Fax:	
Entnahmedatum:		
<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> privat		<b>Unterschrift (Arzt):</b>
Wahlleistung Chefarzt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Eingangsnummer</b>	<b>Eingangsdatum</b>	
<b>Fragestellung</b>		
<b>Endomyokardbiopsien</b> Anzahl der Biopsien:    Formalin <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4    RNAlater <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3    Glutaraldehyd <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Erstbiopsie <input type="checkbox"/> Verlaufsbiopsie    Histologische Voruntersuchung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rechter Ventrikel <input type="checkbox"/> Linker Ventrikel <input type="checkbox"/> OP-Material <input type="checkbox"/> HTx <input type="checkbox"/> EDTA-Blut		
<b>Untersuchungen</b> <input type="checkbox"/> Histologie <input type="checkbox"/> Immunhistologie <input type="checkbox"/> Elektronenmikroskopie <input type="checkbox"/> Infektionspathologie <input type="checkbox"/> Weitere molekularpathologische Abklärung entspr. klinischer Verdachtsdiagnose <input type="checkbox"/> System. Infektion		
<b>Infektionsdiagnostik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Kardiotrope Erreger</b> (Myokarditisspektrum): Enteroviren (Coxsackieviren, Echoviren), Parvovirus B19, Epstein-Barr-Virus, humanes Herpesvirus 6 und 7, Herpes simplex Virus Typ 1/2, humanes Cytomegalievirus, Varizella-Zoster-Virus, Adenoviren, Influenzaviren, Borrelien, Toxoplasma gondii</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Auf Anforderung (ankreuzen):</b> Mumpsvirus*, Masernvirus*, Rötelnvirus*, HHV8*, respirator. Synzytialvirus*, Hepatitis C Virus, Chlamydia pneumoniae*, Mycoplasma pneumonia*, Coxiella burnetii*, Trypanosoma cruzi*, Legionellen*</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Granulomatöse Erreger</b>: Mykobakterien (TBC), atypische Mykobakterien*, Chlamydia trachomatis*, Toxoplasma gondii, Bartonella henselae*</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Pilze</b>: Aspergillen*, Candida*, Kryptokokken*      <input type="checkbox"/> Sonstiges:</li> </ul> <p>Die mit *gekennzeichneten Untersuchungen sind derzeit kein Bestandteil der akkreditierten Leistungen der Kardiopathologie des Instituts für Pathologie und Neuropathologie.</p>		
<b>Genetische Mutationsanalyse (NGS)</b> : <input type="checkbox"/> ATTR Amyloidose <input type="checkbox"/> M. Fabry <input type="checkbox"/> Lamin A/C		

### Anamnese

Beginn der kardialen Erkrankung: .....

Infektanamnese: .....

Familienanamnese: .....

Begleiterkrankungen: .....

Tumorerkrankungen (Chemotherapie/Radiatio): .....

Immunsuppressive Therapie: ..... Dauer: .....

Symptomatik während/nach Sport aufgetreten? ..... Sportart:.....

### Klinische Symptomatik

Herzinsuffizienz, NYHA: .....

Arrhythmie, Art: .....

Perikarderguss, ml: .....

### Echokardiographie

Regionale Hypokinesien, Ort: .....

Enddiastolischer Durchmesser: .....

### Herzkatheter

Linksventrikuläre Auswurffraktion (LVEF): .....

Linksventrikulärer enddiast. Druck (LVEDP): .....

KHK; Ort: .....

Sonstiges: .....

### MRT

Late enhancement, Ort: .....

Sonstiges: .....

### Klinische Diagnose

Verdacht auf:

Myokarditis  akut  Riesenzellmyokarditis  chronisch

Dilatative Kardiomyopathie  beginnend  Vollbild

Hypertrophe Kardiomyopathie  obstruktiv  nicht-obstruktiv

Restriktive Kardiomyopathie

Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie

Ischämische Kardiomyopathie  frischer Infarkt, Lokalisation: .....

Hypertensive Herzerkrankung

Speicherkrankheit  Amyloidose  andere: .....

Sarkoidose

Non-compaction myocardium

Tachymyopathie

Toxische Kardiomyopathie  Alkoholabusus  Chemotherapie  Drogen.....

Transplantatabstoßung

Sonstiges:

### Therapie

Symptomatisch: .....

Immunsuppressiv: .....

                            Dosis: ..... Dauer: .....

Interferon:      Dosis: ..... Dauer: .....

Immunglobulin: Dosis: ..... Dauer: .....

Sonstiges: .....  
.....