



Heart

ECG

Date and Time: _____

Rate: _____ Rhythm: _____

Echocardiography

Date and Time: _____

Contractility: _____

Left ventricle function: _____

Left ventricle mass index: _____

Left ventricle volume: _____

IVS d: _____

PWd _____

Dimension Aortic Root _____

Dimension Ascending Aorta _____

Aortic valve: _____

Mitral valve: _____

Tricuspid valve: _____

Pulmonary valve: _____

RV Function normal yes no

Dimension (or volume) RV: _____

Dimension Tr. Pulmonalis: _____

Presence of ASD (atrial septal defect): yes no

Presence of PFO (patent foramen ovale): yes no

Comment: _____

Cardiologist: _____

WICHTIG: Diese Angaben ersetzen keinen zeitnahen schriftlichen Befund in der Krankenakte

Bei Rückfragen gerne unter 044 255 22 22 melden