

EKG

Name:

Fallnummer:

Alter:

Ort:

Klinik:



n.b. = nicht beurteilbar

Herzfrequenz (BPM):

Sinus-Rhythmus:  ja  nein

AV-Block:  nein  ja

Vorhoffarrhythmie:  nein  ja

Ventrikuläre Arrhythmie:  nein  ja

QRS-Veränderungen:  nein  LSB  RSB  bifsc. Block  infarktähnlich  weitere  n.b.

Anmerkung:

Endstrecken-Veränderung (ST-T-Segment):  nein  ja  n.b.

Anmerkung:

LV-Hypertrophie:  nein  ja  n.b.

QTc-Zeit:  normal  verlängert (QTc Dauer in ms):   n.b.

Bemerkungen EKG:

---

 Untersucher

---

 Datum und Uhrzeit der Untersuchung

Erstellungsdatum: