

Herz-Tagebuch

für Patienten mit
Herzinsuffizienz



Mehr wissen. Mehr können.
Mehr Leben mit Herzinsuffizienz.



Hier ist Platz für Ihren Medikationsplan.
Sprechen Sie Ihren Arzt darauf an.

Platz für die Plastikflasche
113x83

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihr Arzt hat Ihnen dieses Tagebuch gegeben, um Sie im Umgang mit Ihrer Herzinsuffizienz zu unterstützen.

Beobachten Sie jeden Tag, wie es Ihnen geht, um einer Verschlechterung Ihrer Krankheit rechtzeitig entgegenzuwirken. Sie selbst können einen wichtigen Beitrag dazu leisten: Notieren Sie täglich Ihr Gewicht sowie Ihre Blutdruck- und Pulswerte.

Besprechen Sie diese Aufzeichnungen regelmäßig mit Ihrem Arzt. Sie sind wichtig für eine optimale Einstellung Ihrer Therapie.

Wir wünschen Ihnen alles Gute,

Ihr Novartis Herzinsuffizienz-Team. 

Im Notfall kann das Herz-Tagebuch auch für Helfer wichtig sein. Tragen Sie es deshalb immer bei sich.



Inhalt

- 3** Begrüßung
- 6** Kontaktdaten
- 7** Patientenangaben
- 8** Notfallkontakt
- 9** Behandelnde Ärzte
- 11** Tipps zum Medikamenten-Umgang
- 12** Tipps für jeden Tag
- 13** Warnhinweise
- 14** Herz-Tagebuch: Meine Woche
- 39** Notizen



Kontaktdaten

Sie haben dieses Tagebuch gefunden?
Bitte senden Sie es an folgende Adresse zurück.



Bitte eintragen:

Vorname

Name

Geburtsdatum

Adresse

Patientenangaben

Füllen Sie die Angaben zu Ihrer Diagnose
gemeinsam mit Ihrem Arzt aus.



Bitte eintragen:

Diagnose am Herzen:

(z.B. chronische Linksherzinsuffizienz)

Begleiterkrankung:

(z.B. COPD, Diabetes)

Implantierte Geräte:

(z.B. Defibrillator)

Im Notfall bitte benachrichtigen

Notarzt **112**
Ärztlicher Bereitschaftsdienst **116 117**



Kontaktdaten der zu
benachrichtigenden Person:

Vorname

Name

Adresse

Telefon

Mobil

Behandelnde Ärzte

Behandelnder Hausarzt

Vorname

Name

Telefon

Behandelnder Kardiologe

Vorname

Name

Telefon

Weitere wichtige Kontakte

Vorname

Name

Telefon

Vorname

Name

Telefon

Tipps zum Umgang mit Ihren Medikamenten

- Achten Sie darauf, **dass Sie immer genug Medikamente vorrätig haben**, besonders auf Reisen.
- **Nehmen Sie Ihre Medikamente nur wie vom Arzt verschrieben ein.**
- Sollten Sie eine Einnahme einmal vergessen haben, **holen Sie diese nicht** bei der nächsten Einnahme nach.
- **Setzen Sie Medikamente nicht eigenständig ab.** Bei Nebenwirkungen informieren Sie unverzüglich Ihren Arzt.
- Besprechen Sie **alle Medikamente**, die Sie einnehmen, mit Ihrem Arzt – **auch freiverkäufliche**. Nur so vermeiden Sie Wechselwirkungen.

Ihren individuellen Medikationsplan erhalten Sie von Ihrem Arzt. Heften Sie diesen am besten in der Lasche auf Seite 2 ab. Er hilft Ihnen, Ihre Medikamenteneinnahme im Blick zu behalten.



Tipps für jeden Tag



Notieren Sie täglich **Gewicht, Blutdruck, Puls und Trinkmenge** auf den nachfolgenden Seiten des Tagebuchs.



Kontrollieren Sie **Blutdruck, Puls und Gewicht** immer zur gleichen Tageszeit.



Achten Sie auf **Schwellungen** an Füßen, Knöcheln und Beinen.



Beobachten Sie, ob sich **Ihre Atmung** verändert.



Nehmen Sie Ihre **Medikamente** immer gemäß Medikamentenplan ein.



Achten Sie auf eine **gesunde Mischung aus Bewegung und Ruhephasen**. Hören Sie dabei auf Ihren Körper. Er sagt Ihnen, wo die Grenzen Ihrer Leistungsfähigkeit liegen.



Essen Sie bevorzugt **salz- und natriumarme Gerichte**.

Bei diesen Anzeichen halten Sie bitte direkt Rücksprache mit Ihrem Arzt:

- Bei einer **Gewichtszunahme von mehr als 2 kg in 3 Tagen**
- bei **Abweichungen des Blutdrucks** von Ihren normalen Werten **über mehrere Tage** hinweg – dauerhaft niedrige Werte wie z. B. 95 zu 60 mmHg oder sehr hohe wie z. B. 180 zu 110 mmHg sind ein Warnzeichen.
- Bei einem **Puls von unter 50 Schlägen** oder **über 90 Schlägen pro Minute**.
- Bei **Schwellungen an den Füßen, Knöcheln und Beinen**.
- Bei **Kurzatmigkeit** und dem Gefühl im **Liegen schlecht Luft zu bekommen**.
- Bei zunehmender **Müdigkeit, Antriebslosigkeit** und **Abgeschlagenheit**.
- Bei **Schwindel** oder **Benommenheit**.


Herz-Tagebuch: Meine Woche

vom _____ bis _____

Beispiel

Tag	Gewicht	Blutdruck oberer/unterer
Mo.	85 kg	120/80
Mo.	_____	_____
Di.	_____	_____
Mi.	_____	_____
Do.	_____	_____
Fr.	_____	_____
Sa.	_____	_____
So.	_____	_____

Mein Wochenfazit: Gewichtsveränderung (kg): _____

Arzt Empfehlung 
Meine maximale Trinkmenge: _____ am Tag.

Puls	Trinkmenge	Sonstiges (z. B. Beschwerden, Wohlbefinden, Bedarfsmedikation)
75	1,2 L	leichte Kurzatmigkeit
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Wohlbefinden: _____

Herz-Tagebuch: Meine Woche

vom _____ bis _____

Tag	Gewicht	Blutdruck oberer/unterer
Mo.	_____	_____
Di.	_____	_____
Mi.	_____	_____
Do.	_____	_____
Fr.	_____	_____
Sa.	_____	_____
So.	_____	_____

Mein Wochenfazit: Gewichtsveränderung (kg): _____

Arzt Empfehlung

Meine maximale Trinkmenge: _____ am Tag.

Puls	Trinkmenge	Sonstiges (z. B. Beschwerden, Wohlbefinden, Bedarfsmedikation)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Wohlbefinden: _____

Herz-Tagebuch: Meine Woche

vom _____ bis _____

Tag	Gewicht	Blutdruck oberer/unterer
Mo.	_____	_____
Di.	_____	_____
Mi.	_____	_____
Do.	_____	_____
Fr.	_____	_____
Sa.	_____	_____
So.	_____	_____

Mein Wochenfazit: Gewichtsveränderung (kg): _____

Arzt Empfehlung

Meine maximale Trinkmenge: _____ am Tag.

Puls	Trinkmenge	Sonstiges (z. B. Beschwerden, Wohlbefinden, Bedarfsmedikation)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Wohlbefinden: _____

Herz-Tagebuch: Meine Woche

vom _____ bis _____

Tag	Gewicht	Blutdruck oberer/unterer
Mo.	_____	_____
Di.	_____	_____
Mi.	_____	_____
Do.	_____	_____
Fr.	_____	_____
Sa.	_____	_____
So.	_____	_____

Mein Wochenfazit: Gewichtsveränderung (kg): _____

Arzt Empfehlung

Meine maximale Trinkmenge: _____ am Tag.

Puls	Trinkmenge	Sonstiges (z. B. Beschwerden, Wohlbefinden, Bedarfsmedikation)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Wohlbefinden: _____

Herz-Tagebuch: Meine Woche

vom _____ bis _____

Tag	Gewicht	Blutdruck oberer/unterer
Mo.	_____	_____
Di.	_____	_____
Mi.	_____	_____
Do.	_____	_____
Fr.	_____	_____
Sa.	_____	_____
So.	_____	_____

Mein Wochenfazit: Gewichtsveränderung (kg): _____

Arzt Empfehlung

Meine maximale Trinkmenge: _____ am Tag.

Puls	Trinkmenge	Sonstiges (z. B. Beschwerden, Wohlbefinden, Bedarfsmedikation)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Wohlbefinden: _____

Herz-Tagebuch: Meine Woche

vom _____ bis _____

Tag	Gewicht	Blutdruck oberer/unterer
Mo.	_____	_____
Di.	_____	_____
Mi.	_____	_____
Do.	_____	_____
Fr.	_____	_____
Sa.	_____	_____
So.	_____	_____

Mein Wochenfazit: Gewichtsveränderung (kg): _____

Arzt Empfehlung

Meine maximale Trinkmenge: _____ am Tag.

Puls	Trinkmenge	Sonstiges (z. B. Beschwerden, Wohlbefinden, Bedarfsmedikation)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Wohlbefinden: _____

Herz-Tagebuch: Meine Woche

vom _____ bis _____

Tag	Gewicht	Blutdruck oberer/unterer
Mo.	_____	_____
Di.	_____	_____
Mi.	_____	_____
Do.	_____	_____
Fr.	_____	_____
Sa.	_____	_____
So.	_____	_____

Mein Wochenfazit: Gewichtsveränderung (kg): _____

Arzt Empfehlung

Meine maximale Trinkmenge: _____ am Tag.

Puls	Trinkmenge	Sonstiges (z. B. Beschwerden, Wohlbefinden, Bedarfsmedikation)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Wohlbefinden: _____

Herz-Tagebuch: Meine Woche

vom _____ bis _____

Tag	Gewicht	Blutdruck oberer/unterer
Mo.	_____	_____
Di.	_____	_____
Mi.	_____	_____
Do.	_____	_____
Fr.	_____	_____
Sa.	_____	_____
So.	_____	_____

Mein Wochenfazit: Gewichtsveränderung (kg): _____

Arzt Empfehlung

Meine maximale Trinkmenge: _____ am Tag.

Puls	Trinkmenge	Sonstiges (z. B. Beschwerden, Wohlbefinden, Bedarfsmedikation)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Wohlbefinden: _____

Herz-Tagebuch: Meine Woche

vom _____ bis _____

Tag	Gewicht	Blutdruck oberer/unterer
Mo.	_____	_____
Di.	_____	_____
Mi.	_____	_____
Do.	_____	_____
Fr.	_____	_____
Sa.	_____	_____
So.	_____	_____

Mein Wochenfazit: Gewichtsveränderung (kg): _____

Arzt Empfehlung

Meine maximale Trinkmenge: _____ am Tag.

Puls	Trinkmenge	Sonstiges (z. B. Beschwerden, Wohlbefinden, Bedarfsmedikation)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Wohlbefinden: _____

Herz-Tagebuch: Meine Woche

vom _____ bis _____

Tag	Gewicht	Blutdruck oberer/unterer
Mo.	_____	_____
Di.	_____	_____
Mi.	_____	_____
Do.	_____	_____
Fr.	_____	_____
Sa.	_____	_____
So.	_____	_____

Mein Wochenfazit: Gewichtsveränderung (kg): _____

Arzt Empfehlung

Meine maximale Trinkmenge: _____ am Tag.

Puls	Trinkmenge	Sonstiges (z. B. Beschwerden, Wohlbefinden, Bedarfsmedikation)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Wohlbefinden: _____

Herz-Tagebuch: Meine Woche

vom _____ bis _____

Tag	Gewicht	Blutdruck oberer/unterer
Mo.	_____	_____
Di.	_____	_____
Mi.	_____	_____
Do.	_____	_____
Fr.	_____	_____
Sa.	_____	_____
So.	_____	_____

Mein Wochenfazit: Gewichtsveränderung (kg): _____

Arzt Empfehlung

Meine maximale Trinkmenge: _____ am Tag.

Puls	Trinkmenge	Sonstiges (z. B. Beschwerden, Wohlbefinden, Bedarfsmedikation)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Wohlbefinden: _____

Herz-Tagebuch: Meine Woche

vom _____ bis _____

Tag	Gewicht	Blutdruck oberer/unterer
Mo.	_____	_____
Di.	_____	_____
Mi.	_____	_____
Do.	_____	_____
Fr.	_____	_____
Sa.	_____	_____
So.	_____	_____

Mein Wochenfazit: Gewichtsveränderung (kg): _____

Arzt Empfehlung

Meine maximale Trinkmenge: _____ am Tag.

Puls	Trinkmenge	Sonstiges (z. B. Beschwerden, Wohlbefinden, Bedarfsmedikation)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Wohlbefinden: _____

Dieses Tagebuch wurde überreicht von:

Praxis-Stempel:



Mehr über Herzinsuffizienz
erfahren Sie auf:

www.ratgeber-herzinsuffizienz.de

Art.-Nr.: 1075985 09/19

Novartis Pharma GmbH
Roonstraße 25 | 90429 Nürnberg

 **NOVARTIS**