

# Aortenklappenstenose Ihr Symptom-Tagebuch

Hören Sie auf Ihr Herz.  
Erkennen Sie die Zeichen.



Überwachen Sie Ihre Herzgesundheit, und  
verbünden Sie sich mit Ihrem Arzt gegen die  
Aortenklappenstenose.





Edwards

Der **Aortenklappenstenosen-Symptom-Tracker** wurde entwickelt, um Ihnen bei der Überwachung und Aufzeichnung Ihrer Symptome zu helfen. Wenn Ihr Arzt nachvollziehen kann, welche Auswirkungen Ihre Aortenklappenstenose auf Sie und Ihren Lebensstil hat, kann er die Ursache, den Schweregrad und das Fortschreiten Ihrer Erkrankung besser beurteilen.

## Erkennen Sie die Zeichen.

Dies sind die Symptome einer Aortenklappenstenose:<sup>(1)</sup>

				
Brustschmerzen (Angina pectoris) oder Engegefühl in der Brust	Schneller oder unregelmäßiger Herzschlag	Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit	Benommenheit oder Ohnmachtsanfälle	Geschwollene Fußknöchel oder Füße

Die Symptome der Aortenklappenstenose werden häufig als typische Alterserscheinungen abgetan und sind ohne engmaschige Überwachung manchmal schwer abzugrenzen.<sup>(1)</sup> Sie leiden an einer symptomatischen schweren Aortenklappenstenose und sind daher ein Hochrisikopatient.<sup>(1)</sup> Es ist also wichtig, dass Sie sich mit Ihrer Herzgesundheit auskennen und Ihrem Arzt Bescheid geben, sobald sich Ihr Zustand verschlechtert.

<sup>(1)</sup>Carabelle BA. Introduction to aortic stenosis. Circ Res 2013;113:179–85.

# Wie man dieses Symptom-Tagebuch benutzt

1. Wenn Sie dieses Tagebuch zum ersten Mal verwenden, möchten Sie vielleicht zunächst mit ein paar Sätzen auf der nächsten Seite beschreiben, welches Gefühl Sie haben, wie sich Ihre Aortenstenose auf Ihr Leben auswirkt.
2. Beginnend mit Tag 1, tragen Sie bitte das heutige Datum in die erste Zeile oben auf der Seite ein.
3. Für jede Zeile in den Tabellen (z.B. Brustschmerzen) kreuzen Sie bitte alle Kästchen an, welche auf Sie zutreffen.
4. Schreiben Sie am Ende des Tages ein paar Sätze über Symptome oder Aktivitäten, die Ihrer Meinung nach stärker beeinträchtigt waren als üblich, um sich diese ins Gedächtnis zu rufen.
5. Vielleicht möchten Sie einen Alarm auf Ihrem Telefon oder einem sonstigen Gerät einstellen (z.B. 19 Uhr nach dem Abendessen), um Sie daran zu erinnern, Ihr Tagebuch jeden Tag auszufüllen.
6. Versuchen Sie, eine mindestens 14-tägige Überwachung durchzuführen, damit sich Ihr Arzt ein vollständigeres Bild Ihrer Symptome machen kann.
7. Nehmen Sie dieses Tagebuch bitte zu Ihrem nächsten Arzttermin mit. Sie können ihn auch zusammen mit dem Leitfaden für das Gespräch mit Ihrem Arzt verwenden, den Sie auf [NewHeartValve.com/de](https://www.newheartvalve.com/de) finden. Damit fällt Ihnen vielleicht der Austausch mit Ihrem Arzt über die Aortenklappenstenose leichter.

Auswirkungen der Aortenklappenstenose auf mein Leben:

Type here

Aktivitäten, die ich gerne mag, aber nicht mehr machen kann:




Type here

Aktivitäten, die ich gerne wieder machen würde:

Type here



Tag 1 Datum

Symptome	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Brustschmerzen (Angina pectoris) oder Engegefühl in der Brust	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Schneller oder unregelmäßiger Herzschlag (Herzklopfen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit, vor allem bei Aktivität	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Benommenheit oder Ohnmachtsanfälle, wenn Sie müde sind	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Geschwollene Fußknöchel oder Füße	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Lebensstilfaktoren	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Schwierigkeiten beim Gehen kurzer Strecken	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Schlafstörungen oder Schlafen nur im Sitzen möglich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Geringere körperliche Belastbarkeit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Angstzustände	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Andere Veränderungen heute

Type here



Tag 2 Datum

Symptome	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Brustschmerzen (Angina pectoris) oder Engegefühl in der Brust	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Schneller oder unregelmäßiger Herzschlag (Herzklopfen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit, vor allem bei Aktivität	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Benommenheit oder Ohnmachtsanfälle, wenn Sie müde sind	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Geschwollene Fußknöchel oder Füße	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Lebensstilfaktoren	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Schwierigkeiten beim Gehen kurzer Strecken	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Schlafstörungen oder Schlafen nur im Sitzen möglich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Geringere körperliche Belastbarkeit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Angstzustände	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Andere Veränderungen heute

Type here



Tag 3 Datum

Symptome	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Brustschmerzen (Angina pectoris) oder Engegefühl in der Brust	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Schneller oder unregelmäßiger Herzschlag (Herzklopfen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit, vor allem bei Aktivität	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Benommenheit oder Ohnmachtsanfälle, wenn Sie müde sind	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Geschwollene Fußknöchel oder Füße	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Lebensstilfaktoren	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Schwierigkeiten beim Gehen kurzer Strecken	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Schlafstörungen oder Schlafen nur im Sitzen möglich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Geringere körperliche Belastbarkeit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Angstzustände	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Andere Veränderungen heute

Type here



Tag 4 Datum

Symptome	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Brustschmerzen (Angina pectoris) oder Engegefühl in der Brust	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Schneller oder unregelmäßiger Herzschlag (Herzklopfen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit, vor allem bei Aktivität	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Benommenheit oder Ohnmachtsanfälle, wenn Sie müde sind	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Geschwollene Fußknöchel oder Füße	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Lebensstilfaktoren	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Schwierigkeiten beim Gehen kurzer Strecken	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Schlafstörungen oder Schlafen nur im Sitzen möglich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Geringere körperliche Belastbarkeit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Angstzustände	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



Andere Veränderungen heute

Type here





Tag 5 Datum

Symptome	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Brustschmerzen (Angina pectoris) oder Engegefühl in der Brust	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Schneller oder unregelmäßiger Herzschlag (Herzklopfen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit, vor allem bei Aktivität	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Benommenheit oder Ohnmachtsanfälle, wenn Sie müde sind	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Geschwollene Fußknöchel oder Füße	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



Lebensstilfaktoren	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Schwierigkeiten beim Gehen kurzer Strecken	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Schlafstörungen oder Schlafen nur im Sitzen möglich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Geringere körperliche Belastbarkeit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Angstzustände	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Andere Veränderungen heute

Type here



Tag 6 Datum

Symptome	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Brustschmerzen (Angina pectoris) oder Engegefühl in der Brust	✓	✓	✓	✓
 Schneller oder unregelmäßiger Herzschlag (Herzklopfen)	✓	✓	✓	✓
 Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit, vor allem bei Aktivität	✓	✓	✓	✓
 Benommenheit oder Ohnmachtsanfälle, wenn Sie müde sind	✓	✓	✓	✓
 Geschwollene Fußknöchel oder Füße	✓	✓	✓	✓

Lebensstilfaktoren	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Schwierigkeiten beim Gehen kurzer Strecken	✓	✓	✓	✓
 Schlafstörungen oder Schlafen nur im Sitzen möglich	✓	✓	✓	✓
 Geringere körperliche Belastbarkeit	✓	✓	✓	✓
 Stress	✓	✓	✓	✓
 Angstzustände	✓	✓	✓	✓

Andere Veränderungen heute

Type here



Tag 7 Datum

Symptome	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Brustschmerzen (Angina pectoris) oder Engegefühl in der Brust	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Schneller oder unregelmäßiger Herzschlag (Herzklopfen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit, vor allem bei Aktivität	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Benommenheit oder Ohnmachtsanfälle, wenn Sie müde sind	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Geschwollene Fußknöchel oder Füße	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Lebensstilfaktoren	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Schwierigkeiten beim Gehen kurzer Strecken	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Schlafstörungen oder Schlafen nur im Sitzen möglich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Geringere körperliche Belastbarkeit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Angstzustände	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Andere Veränderungen heute

Type here

Symptome, die sich diese Woche verschlechtert haben:

Type here

Lebensstilfaktoren, die sich diese Woche verschlechtert haben:




Type here

Andere Veränderungen, die mich diese Woche beeinträchtigt haben:

Type here



Tag 8 Datum

Symptome	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Brustschmerzen (Angina pectoris) oder Engegefühl in der Brust	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Schneller oder unregelmäßiger Herzschlag (Herzklopfen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit, vor allem bei Aktivität	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Benommenheit oder Ohnmachtsanfälle, wenn Sie müde sind	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Geschwollene Fußknöchel oder Füße	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Lebensstilfaktoren	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Schwierigkeiten beim Gehen kurzer Strecken	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Schlafstörungen oder Schlafen nur im Sitzen möglich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Geringere körperliche Belastbarkeit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Angstzustände	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Andere Veränderungen heute

Type here



Tag 9 Datum

Symptome	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Brustschmerzen (Angina pectoris) oder Engegefühl in der Brust	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Schneller oder unregelmäßiger Herzschlag (Herzklopfen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit, vor allem bei Aktivität	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Benommenheit oder Ohnmachtsanfälle, wenn Sie müde sind	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Geschwollene Fußknöchel oder Füße	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>


Lebensstilfaktoren	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Schwierigkeiten beim Gehen kurzer Strecken	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Schlafstörungen oder Schlafen nur im Sitzen möglich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Geringere körperliche Belastbarkeit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Angstzustände	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Andere Veränderungen heute

Type here



Tag 10 Datum

Symptome	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Brustschmerzen (Angina pectoris) oder Engegefühl in der Brust	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Schneller oder unregelmäßiger Herzschlag (Herzklopfen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit, vor allem bei Aktivität	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Benommenheit oder Ohnmachtsanfälle, wenn Sie müde sind	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Geschwollene Fußknöchel oder Füße	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Lebensstilfaktoren	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Schwierigkeiten beim Gehen kurzer Strecken	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Schlafstörungen oder Schlafen nur im Sitzen möglich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Geringere körperliche Belastbarkeit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Angstzustände	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Andere Veränderungen heute

Type here



Tag 11 Datum

Symptome	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Brustschmerzen (Angina pectoris) oder Engegefühl in der Brust	✓	✓	✓	✓
 Schneller oder unregelmäßiger Herzschlag (Herzklopfen)	✓	✓	✓	✓
 Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit, vor allem bei Aktivität	✓	✓	✓	✓
 Benommenheit oder Ohnmachtsanfälle, wenn Sie müde sind	✓	✓	✓	✓
 Geschwollene Fußknöchel oder Füße	✓	✓	✓	✓

Lebensstilfaktoren	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Schwierigkeiten beim Gehen kurzer Strecken	✓	✓	✓	✓
 Schlafstörungen oder Schlafen nur im Sitzen möglich	✓	✓	✓	✓
 Geringere körperliche Belastbarkeit	✓	✓	✓	✓
 Stress	✓	✓	✓	✓
 Angstzustände	✓	✓	✓	✓



Andere Veränderungen heute

Type here





Tag 12 Datum

Symptome	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Brustschmerzen (Angina pectoris) oder Engegefühl in der Brust	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Schneller oder unregelmäßiger Herzschlag (Herzklopfen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit, vor allem bei Aktivität	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Benommenheit oder Ohnmachtsanfälle, wenn Sie müde sind	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Geschwollene Fußknöchel oder Füße	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



Lebensstilfaktoren	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Schwierigkeiten beim Gehen kurzer Strecken	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Schlafstörungen oder Schlafen nur im Sitzen möglich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Geringere körperliche Belastbarkeit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Angstzustände	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Andere Veränderungen heute

Type here



Tag 13 Datum

Symptome	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Brustschmerzen (Angina pectoris) oder Engegefühl in der Brust	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Schneller oder unregelmäßiger Herzschlag (Herzklopfen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit, vor allem bei Aktivität	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Benommenheit oder Ohnmachtsanfälle, wenn Sie müde sind	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Geschwollene Fußknöchel oder Füße	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Lebensstilfaktoren	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Schwierigkeiten beim Gehen kurzer Strecken	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Schlafstörungen oder Schlafen nur im Sitzen möglich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Geringere körperliche Belastbarkeit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Angstzustände	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Andere Veränderungen heute

Type here



Tag 14 Datum

Symptome	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Brustschmerzen (Angina pectoris) oder Engegefühl in der Brust	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Schneller oder unregelmäßiger Herzschlag (Herzklopfen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit, vor allem bei Aktivität	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Benommenheit oder Ohnmachtsanfälle, wenn Sie müde sind	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Geschwollene Fußknöchel oder Füße	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Lebensstilfaktoren	Keine	Leicht	Mittel-schwer	Schwer
 Schwierigkeiten beim Gehen kurzer Strecken	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Schlafstörungen oder Schlafen nur im Sitzen möglich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Geringere körperliche Belastbarkeit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Angstzustände	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Andere Veränderungen heute

Type here

Symptome, die sich diese Woche verschlechtert haben:

Type here

Lebensstilfaktoren, die sich diese Woche verschlechtert haben:

Type here

Andere Veränderungen, die mich diese Woche beeinträchtigt haben:

Type here

Notizen

Type here

Notizen

Type here

Edwards, Edwards Lifesciences und das stilisierte „E“-Logo sind Handelsmarken oder Dienstleistungsmarken der Edwards Lifesciences Corporation oder ihrer Konzerngesellschaften. Alle anderen Marken sind Eigentum ihrer jeweiligen Inhaber.

© 2020 Edwards Lifesciences Corporation. Alle Rechte vorbehalten. NP--EU-0219 v1.0

**Edwards Lifesciences** • Route de l'Etraz 70, 1260 Nyon, Schweiz • [edwards.com](https://www.edwards.com)



**Edwards**