

## ***Fragebogen an Patienten mit ARVC***

# ***ARVC Register***

***Universität Zürich***

***Multizentrisches ARVC Register und Biobank***

## ***KONTAKT***

### ***Kontaktpersonen***

**Dr. med. Ardan M. Saguner**

Spezialassistent Rhythmologie

Universitätsspital

Rämistrasse 100

8091 Zürich

Telefon +41 44 255 1167

Fax +41 44 255 44 01

[ardan.saguner@usz.ch](mailto:ardan.saguner@usz.ch)

**Prof. Dr. med. Firat Duru**

Studienleiter ARVC Programm

Universitätsspital

Rämistrasse 100

8091 Zürich

Telefon +41 61 328 66 96

Fax +41-44-255 4401

[fiat.duru@usz.ch](mailto:fiat.duru@usz.ch)



Patientennummer: \_\_\_\_\_  
 vom Arzt auszufüllen  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Geschlecht:  m  w

Zentrum: \_\_\_\_\_  
 Initialen: NN   VN

**Erfassungsdatum:**    .   .

1 Zivilstand (bitte nur eine Antwort)  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

2 Anzahl Kinder  0  1  2  3  4  5+

Geburtsdatum des

1. Kindes	<input type="text"/>							
2. Kindes	<input type="text"/>							
3. Kindes	<input type="text"/>							
4. Kindes	<input type="text"/>							

weiterer Kinder: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3 Wurden alle Kinder auf eine ARVC gescreent? ja  nein  weiss nicht

4 Alle übrigen Verwandten 1° (Eltern, Geschwister) auf ARVC gescreent? ja  nein  weiss nicht

5 Gab es Komplikationen während einer Schwangerschaft/Wochenbett? ja  nein  weiss nicht

6 Ausbildung	abgeschlossene Ausbildung (*1) (alle ankreuzen)	zur Zeit in Ausbildung (*2) (nur ein Kreuz)
keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
obligatorische Schule (z.B. Primar-, Real-, Sekundar-, Bezirks-, Orientierungsschule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufslehre oder Vollzeit-Berufslehre (Handelsschule, Lehrwerkstätte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschule (inklusive Nachdiplom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universität, Hochschule (inklusive Nachdiplom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*1 Bitte kreuzen Sie alle abgeschlossenen Ausbildungen an, die Sie in Ihrem Leben gemacht haben.

\*2 Bitte kreuzen Sie an, welche Ausbildung Sie momentan absolvieren. Falls momentan keine Ausbildung gemacht wird = Kreuz bei Feld: keine

7 momentaner Beruf (falls berufstätig): \_\_\_\_\_  
 (offizielle Bezeichnung)

8 Arbeitspensum in %: \_\_\_\_\_

9 Berentet  Reguläre Rente  IV-rente

Wie würden Sie Ihren momentanen Gesundheitszustand in einer Skala von 0 bis 100 bezeichnen?

0: der schlechteste vorstellbare Gesundheitszustand;

100: der beste



Patientennummer: \_\_\_\_\_

Zentrum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Initialen: NN   VN

Geschlecht:  m  w

Rauchen

1 Rauchen Sie?  ja, aktiv  früher  nie geraucht   pack years

2 Alkoholkonsum

**Durchschnittlicher Alkoholkonsum über die letzten 12 Monate . Eine Antwort pro Zeile!**

	nie oder weniger als 1/Monat	1-3 pro Monat	1 pro Woche	2-4 pro Woche	5-6 pro Woche	1 pro Tag	2-3 pro Tag	4-5 pro Tag	6+ pro Tag
Bier (3dl-Gläser/Dosen/Flaschen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotwein (1dl-Gläser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weisswein (1dl-Gläser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnaps (2cl-Shots)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Koffeinkonsum (Kaffee, Cola, o.ä.)

**Durchschnittlicher Koffeinkonsum über die letzten 12 Monate . Eine Antwort pro Zeile!**

	nie oder weniger als 1/Monat	1-3 pro Monat	1 pro Woche	2-4 pro Woche	5-6 pro Woche	1 pro Tag	2-3 pro Tag	4-5 pro Tag	6+ pro Tag
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Anderer Drogenkonsum?

ja  nein

Falls ja, Art der Droge:  Kokain  Heroin  Marihuana  Ecstasy  LSD  andere

5 Hypercholesterolämie?

ja  nein

6 **Gehen Sie einer regelmässigen sportlichen Aktivität nach?**

(z.B. Joggen/Walking, Radfahren, Aerobic, Kraftsport, Ballspiele)

ja  nein

Falls Ja: Anzahl Stunden pro Woche, an denen Sie Sport treiben

Falls ja: welche Sportart(en): \_\_\_\_\_

6.10 Betreiben Sie dies wettkampfmässig oder gehen regelmässig an Ihre Grenzen? ja  nein

6.20 Durchschnittliche Dauer der sportlichen Aktivität in Minuten/Tag: \_\_\_\_\_

Patientennummer: \_\_\_\_\_

Zentrum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Initialen: NN   VN

Geschlecht:  m  w

1 **Diagnose**

1.1 Wo hat man zum ersten Mal die Diagnose einer ARVC gestellt?

\_\_\_\_\_

1.2 Wann hat man zum ersten Mal die Diagnose einer ARVC gestellt?

\_\_\_\_\_

1.3 Hatten Sie vor der Diagnose ARVC Beschwerden, die mit der ARVC zusammenhängen könnten?

ja  nein  weiss nicht

1.4 Falls ja, welche waren Ihre ersten Symptom(e), die mit der ARVC zusammenhängen könnten?

\_\_\_\_\_

1.5 Falls ja, wann hatten Sie Ihre ersten Symptome, die mit der ARVC zusammenhängen könnten?

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Monat Jahr

1.6 Hat man bereits eine genetische Untersuchung bzgl. ARVC bei Ihnen/Ihren Verwandten gemacht?

ja  nein  weiss nicht  falls ja, wo? \_\_\_\_\_

Patientennummer: \_\_\_\_\_

Zentrum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Initialen: NN   VN  Geschlecht:  m  wSeite  
5**Füllen Sie dies nur aus, wenn Sie Träger eines ICD sind****1 Schocks**1.11 Hatten Sie jemals einen ICD Schock? ja  nein Falls ja, wie viele (falls sehr viele, nur ungefähre Anzahl)? 1.12 Hatten Sie schon einmal eine Komplikation aufgrund des ICD? ja  nein  wann? \_\_\_\_\_

Falls ja, welche Komplikation? \_\_\_\_\_

1.13 Wann war der letzte ICD Schock? Datum:   .   .     Zeit: \_\_\_\_\_ :1.14 Haben Sie Ihre Medikamente regelmässig eingenommen? ja  nein  weiss nicht n.a. 

Falls nein, welche(s) Medikament(e) haben Sie nicht eingenommen? \_\_\_\_\_

1.15 Weshalb haben Sie dieses nicht eingenommen? \_\_\_\_\_

1.16 Haben Sie in den letzten Tagen ein neues Medikament eingenommen? \_\_\_\_\_

1.17 Gibt es aus Ihrer Sicht einen Grund für den Schock? \_\_\_\_\_

1.18 Wieviele Schocks haben Sie während der letzten Episode gespürt? 1.19 Sind Sie während der letzten Episode bewusstlos geworden? ja  nein 1.20 Wie unangenehm war die letzte Episode mit ICD Schocks? nicht  leicht  mässig  sehr 

1.21 Was haben Sie kurz vor der Schockabgabe gemacht? \_\_\_\_\_

1.22 Hatten Sie vor der Schockabgabe Beschwerden (z.B. Schwindel) ja  nein  weiss nicht 

1.23 Falls ja, welche (z.B. Schwindel, Herzrasen, Atemnot, Brustschmerzen, Übelkeit)? \_\_\_\_\_

1.24 Wieviele Stunden vor Schockabgabe begannen diese Beschwerden? >2  0.5-2  < 0.5 1.25 Verschwanden die Beschwerden nach Schockabgabe? ja  nein 1.26 Hatten Sie nach der Schockabgabe Beschwerden ja  nein  weiss nicht 

1.27 Falls ja, welche (z.B. Schwindel, Herzrasen, Atemnot, Brustschmerzen, Übelkeit)? \_\_\_\_\_

1.28 Wann (Std.) haben Sie sich zuletzt vor dem ICD Schock körperlich betätigt? >2  0.5-2  < 0.5 1.29 Hatten Sie in der letzten Woche vor dem Schock: Grippe  Schlaflosigkeit  Neue Beschwerden 

1.30 Falls neuartige Beschwerden, bitte beschreiben: \_\_\_\_\_

**2 Bemerkungen**