



**Herzkatheterlabor**

Heinrich-Cotta-Straße 12, 01324 Dresden  
 Tel. (0351) 8064-515  
 Fax (0351) 8064-512  
 Ärztliche Leitung: Dr. med. Jürgen Stumpf

Prof. Dr. med. S. G. Spitzer,  
 Dr. med. R. Dörr, Dr. med. B. Krosse,  
 Prof. Dr. med. habil. R. Sternitzky,  
 Dr. med. J. Stumpf, Dr. med. C. T. Kadalie  
 Fachübergreifende GEMEINSCHAFTSPRAXIS  
 Forststraße 3, 01099 Dresden  
 Ambulanz: (0351) 8064-0  
 Radiologie: (0351) 8064-243  
 Elektrophysiologie: (0351) 8064-542  
 Nuklearkardiologie: (0351) 8064-505  
 contact@praxisklinik-dresden.de

**ANMELDEBOGEN ZUR HERZKATHETERUNTERSUCHUNG**

**Patientendaten**

Name \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_  
 geboren am \_\_\_\_\_  
 Wohnort \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse \_\_\_\_\_

**Überweisender Arzt** (Anschrift, Tel.)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Hausarzt** (Anschrift; Tel.)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Überweisung**

ambulant  stationär

**Patient ist bereits eingeschrieben im/in**

DMP KHK  CARDIO INTEGRAL  
 CARD. I. V.  \_\_\_\_\_

**Indikation**

KHK  Z. n. Bypass-OP am \_\_\_\_\_  
 Vitium  Z. n. PTCA am \_\_\_\_\_  
 pAVK  Sonstiges \_\_\_\_\_

**KHK**

**Angina pectoris** seit \_\_\_\_\_  
 stabil im CCS-Stadium \_\_\_\_\_  
 instabil im Braunwald-Stadium \_\_\_\_\_  
 atypisch \_\_\_\_\_  
 **frischer Myokardinfarkt (< 4 Wochen)**  
 STEMI  
 NSTEMI

**Sonstiges**

**Herzinsuffizienz** seit \_\_\_\_\_  
 aktuell im NYHA-Stadium \_\_\_\_\_  
 **bekannte COPD**  
 **bekannte chronische Bronchitis**

**Risikofaktoren**

arterielle Hypertonie  Fettstoffwechselstörung  
 Diabetes mellitus  Nikotinabusus  
 insulinpflichtiger Diabetes  positive Familienanamnese



**Sonstiges**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hyperthyreose          | <input type="checkbox"/> Körpermasse (kg) _____ |
| <input type="checkbox"/> Kontrastmittelallergie | <input type="checkbox"/> Körpergröße (m) _____  |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____        |   |

**Laborwerte (SI-Einheiten)**

Abnahme vom \_\_\_\_\_

Hb _____	Hk _____	Thrombozyten _____
Kalium _____	TSH _____	Kreatinin _____
INR _____	Quick _____	PTT _____
Leukozyten _____		
ggf. Troponin _____	ggf. CKMB _____	

**Derzeitige Medikation** (**niedermolekulares Heparin** bitte > 24 Stunden vor dem Untersuchungstag pausieren;  
**Metformin** 1-2 Tage vor der Untersuchung absetzen)

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

**Belastungs-EKG**

vom \_\_\_\_\_

Abbruch bei \_\_\_\_\_ Watt wegen:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris              | ab _____ Watt                                      |
| <input type="checkbox"/> ST-Strecken-Senkung          | um max. _____ mV in Ableitungen _____              |
| <input type="checkbox"/> ST-Strecken-Hebung           | um max. _____ mV in Ableitungen _____              |
| <input type="checkbox"/> Dyspnoe                      | <input type="checkbox"/> pathologischer RR-Anstieg |
| <input type="checkbox"/> Ausbelastung                 | <input type="checkbox"/> Auftreten eines LSB       |
| <input type="checkbox"/> muskulärer Erschöpfung       | <input type="checkbox"/> Absoluta/ SES/ VES        |
| <input type="checkbox"/> Beiner müdung                | <input type="checkbox"/> Salven (max. _____ er)    |
| <input type="checkbox"/> sonstige Abbruchgründe _____ |  |

**Erweiterte Ischämiediagnostik**

	Ergebnis			
<input type="checkbox"/> Myokardszintigrafie	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> suspekt	<input type="checkbox"/> pathologisch	<input type="checkbox"/> Vitalitätsnachweis
<input type="checkbox"/> Stressechokardiografie	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> suspekt	<input type="checkbox"/> pathologisch	<input type="checkbox"/> Vitalitätsnachweis
<input type="checkbox"/> Stress-MRT	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> suspekt	<input type="checkbox"/> pathologisch	<input type="checkbox"/> Vitalitätsnachweis

Der Patient ist aufgeklärt und hat die Einwilligungserklärung unterschrieben.

_____ Datum	_____ Unterschrift und Stempel des Arztes	_____ Telefonnummer der Praxis
-------------	---	--------------------------------