

Anmeldung zur Myokardszintigraphie

PRAXISKLINIK HERZ UND GEFÄSSE
Nuklearkardiologie
Heinrich-Cotta-Straße 12
01324 Dresden
Tel. 0351/26936505 Fax. 0351/26936506

Patient:

Name, Vorname :

geb. :

Straße :

Wohnort :

Tel. :

Gewicht :kg Größe :cm

bei Frauen im gebärfähigen Alter: Schwangerschaft ausgeschlossen ja nein

Überweisung: ambulant stationär Verlegung

Hausarzt : Tel.:

Überweisender Arzt : Tel.:

ergometrische Belastung

pharmakologische Belastung (Adenosin)

Ruhe (alleinige Vitalitätsstudie)

Beschwerden: nein ja, (insgesamt) seit

Schmerzen Druckgefühl bei Belastung in Ruhe, letztmalig am.....
 im Brustkorb nein re li Mitte

Ausstrahlung in Schulter nein re li
Ausstrahlung in Arm nein re li

Atemnot bei Belastung nein ja, nach Etagen Treppenst.

Atemnot in Ruhe nein ja, letztmalig am

Hilft Nitro-Spray ? nein ja nicht getestet

Beschwerden mit eigenen Worten des Patienten:

Medikation: 1. 5.

2. 6.

3. 7.

4. 8.

Risikofaktoren:

- Nikotin Nieraucher nein (seit.....) ja, Stck./Tag seit.....Jahr(en)
- erh. Cholesterin nein ja unbekannt
- Hypertonie nein ja, seit bekannt
- Diabetes mell. nein ja, seit bekannt
- positive Familienanamnese nein ja, wer
- Adipositas nein ja

Vorgeschichte:

- frühere Myokardszintigraphien nein ja wo/wann?:.....
- frühere Herzkatheteruntersuchg.: nein ja wo/wann?:.....
- früherer Herzinfarkt: nein ja VWI wann?:..... mit/ohne Lyse
- HWI wann?: mit/ohne Lyse
- Ballondehnung: nein ja wo/wann?:.....
- Herzoperation: nein ja wo/wann?:.....
- Schlaganfall: nein ja wann?:.....
- Thrombosen: nein ja wann?:.....
- Embolien: nein ja wann?:.....
- chron. Bronchitis: nein ja
- Asthma: nein ja
- Kontrastmittelallergie: nein ja
- Schilddrüsenüberfunktion: nein ja

Sonstiges:

Belastungs-EKG vom:

liegt nicht vor

Belastungsstufen:

- Min. Watt
- Min. Watt
- Min. Watt
- Min. Watt
- Min. Watt
- Frequenzanstieg von auf max.....
- RR-Anstieg von auf max.....

Abbruch wegen:

- Angina pectoris
- Dyspnoe
- ST - Senkung/ Hebung
- musk. Erschöpfung
- Ausbelastung
- SVES/ VES
- andere:

Echokardiographie vom:

liegt nicht vor

- LVEF: über 30% unter 30%
- Aortenvitium: nein ja
- Mitralvitium: nein ja

Sonstiges:

Der Patient hat das Merkblatt gelesen und ist einverstanden.

Unterschrift (+Stempel) des Arztes
Datum:

Tel.