

## Anmelder

Name: .....

Tel.nr.: .....

Adresse: .....

## Anmeldung zur CT-Koronarangiografie



Charité Campus Mitte

Institut für Radiologie, CT

Dr. M. Dewey

Schumannstr. 20/21

10117 Berlin

**FAX:**

030/450 527 911

z. Hd. Dr. M. Dewey

Für folgenden Patienten bitte ich um die Durchführung einer **CT-Koronarangiografie**:

Name: ..... Vorname: ..... Geb.datum: . . .

Anschrift: ..... Tel.nr.: .....

Indikation/Fragestellung/Risikofaktoren: .....  
.....  
.....

Grund der Untersuchung:  V.a. KHK  Z.n. Bypass  Z.n. Stent  Sonstiger: .....

Sollten Voruntersuchungen vorliegen: Welche? **(bitte Befunde beifügen)**

EKG  Belastungs-EKG  Echo  Stressecho  Herzsintigrafie  MRT  CT

Bei Patienten mit Bypasses: Anzahl der Bypasses: ..... Datum der Operation: .....

LIMA auf LAD Anzahl der Venen auf:  LAD: .....  LCX: .....  RCA: .....

Bei Patienten mit Stents sind folgende Angaben **zwingend erforderlich** um zu entscheiden, ob die

Untersuchung sinnvoll ist: Anzahl der Stents: ..... Stentdurchmesser (mm): ...../...../...../.....

Stentlänge (mm): ...../...../...../..... Stentort: ...../...../...../.....

Wurde bereits eine konventionelle Koronarangiografie durchgeführt? Datum: : . . .

Ergebnis: .....

Um sicherzustellen, dass keine Kontraindikationen vorliegen, bitten wir um folgende Angaben:

Kreatinin: .....  Hyperthyreose (TSH: ..... )  Allergie auf Röntgenkontrastmittel

Unregelmäßiger Herzschlag (z.B. bei Vorhofflimmern)

Bitte kontaktieren Sie uns telefonisch (030 450 527 133) sollte bei Ihrem Patienten eine Kontraindikation vorliegen oder sollten Sie weitere Fragen haben.