

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.