

FRAGEBOGEN HERZUNTERSUCHUNG - (HERZ-CT / HERZ-MRT)

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Falls der vorgesehene Platz zur Beantwortung der Fragen nicht ausreicht, verwenden Sie bitte die Rückseite des Blattes. Vielen Dank.

Name Vorname
Geburtsdatum Familienstand
Telefonnummer am besten erreichbar Uhrzeit:

Körpergröße cm Gewicht kg

1. Hatten Sie bereits ein CT oder MRT des Herzens? Nein Ja Falls ja, wann und wo?

2. Ist bei Ihnen bereits eine Erkrankung des Herzens festgestellt worden? Nein Ja

Falls ja, bitte Art der Erkrankung und Jahr der Diagnosestellung angeben

Bringen Sie nach Möglichkeit Vorbefunde / Arztbriefe zur Untersuchung mit!

3. Rauchen Sie zur Zeit? Nein Ja Falls ja, wieviel/Tag seit wann?

4. Haben Sie geraucht? Nein Ja Falls ja, wie lange Jahre Zig./Tag

5. Haben Sie erhöhte Blutfettwerte (Hyperlipidämie)? Nein Ja

Gesamtcholesterin(p>200 mg/dl) LDL(p>120 mg/dl) TGp>200 mg/dl

6. Nehmen Sie Medikamente zur Fettsenkung (Statine)? Nein Ja Falls ja, seit wann

7. Haben Familienangehörige eine Herzerkrankung (z.B. Herzinfarkt)? Nein Ja

8. Haben Sie erhöhte Blutzuckerwerte (Diabetes mellitus)? Nein Ja

9. Leiden Sie an Bluthochdruck (Hypertonus)? Nein Ja

Falls Ja, nehmen Sie Beta-Blocker ein? Nein Ja Falls ja, seit wann

10. Haben Sie Schmerzen im Brustkorb? Nein Ja

Falls ja, beschreiben Sie diese:

Werden die Schmerzen bei Belastung stärker? Nein Ja

Lassen die Schmerzen in Ruhe oder nach Nitro-Spray nach? Nein Ja

11. Hatten Sie bereits ein EKG?Nein Ja Falls ja, auch ein Belastungs-EKG? Nein Ja

12. Welche der folgenden Untersuchungen wurden bei Ihnen bereits durchgeführt?

Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) Falls ja, auch Stress-Untersuchung? Nein Ja

Szintigraphie des Herzens (nuklearmedizinische Untersuchung)

Herzkatheter Falls ja, wurde eine Gefäßstütze (Stent) eingesetzt? Nein Ja

wurde ein Herzkrangeäß aufgedehnt? Nein Ja

13. Wurden Sie bereits am Herzen operiert? Nein Ja Falls ja, OP Datum

14. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Nein Ja

15. Haben Sie Metallteile im Körper? Nein Ja Falls ja, welche?

14. Wurden Sie am Kopf operiert? Nein Ja

15. Haben Sie bereits bei einer Untersuchung Röntgenkontrastmittel bekommen? Nein Ja

Falls Ja, traten Komplikationen auf (Juckreiz, Übelkeit etc)? Nein Ja

Falls ja, bitte beschreiben:

16. Haben Sie eine Allergie gegen Medikamente? Nein Ja

17. Leiden Sie an Asthma? Nein Ja

18. Haben / hatten Sie eine Erkrankung / Funktionsstörung der Schilddrüse? Nein Ja

19. Haben Sie eine Nierenerkrankung / Störung der Nierenfunktion? Nein Ja

20. Frauen im gebärfähigen Alter: könnten Sie schwanger sein? Nein Ja

21. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Nein Ja Falls ja, bitte Name und Dosierung angeben:

.....	-	-	-	-
.....	-	-	-	-
.....	-	-	-	-

(am Tag der Untersuchung auszufüllen)

Ich wurde von Dr. _____ über die geplante Herz-Untersuchung

im CT im MRT

aufgeklärt und bin mit der Untersuchung einverstanden und habe keine weiteren Fragen. Mit der geplanten Kontrastmittelgabe bin ich ebenfalls einverstanden. Über Risiken und Nebenwirkungen der Untersuchung wurde ich ausreichend aufgeklärt.

Anmerkungen.....
.....

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift Patient

.....

Unterschrift des Arztes

Diesen Bogen bitte zurückschicken an folgende Adresse:

Imaging Science Institute Charité - Siemens

Robert-Koch-Platz 7

10115 Berlin