

## Patienteninformation

### CT-Koronarangiografie



Sehr geehrte/r Frau/Herr .....,

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer Untersuchung überwiesen, bei der die Herzkranzgefäße (Koronararterien) auf das Vorhandensein von Verengungen (Stenosen) bzw. Ablagerungen (Plaques) überprüft werden sollen. Diese Untersuchung erfolgt im Computertomografen (CT). Durch die Untersuchung versprechen wir uns eine Verbesserung Ihrer weiteren Behandlung, da nachgewiesen wurde, dass Stenosen und Plaques an den Herzkranzgefäßen mit einer Zuverlässigkeit von 90% erkannt werden können. Bitte kommen Sie zur Untersuchung nüchtern und nehmen Ihre Medikamente weiter. Wir möchten Sie herzlich bitten, beiliegenden Bogen gewissenhaft auszufüllen. Mit den gestellten Fragen wollen wir detailliert über Ihre Beschwerden und bisherigen Untersuchungen Kenntnis erlangen, um eine korrekte Diagnose mittels der CT zu erleichtern. Es wird für jede CT-Untersuchung ein schriftlicher Befund erstellt, der Ihrem behandelnden Arzt zugesandt wird.

Nutzen Sie bitte die folgende Adresse bzw. Fax-Nr. zur Übermittlung der Informationen bzw. bringen Sie den ausgefüllten Patientenbogen und weitere Untersuchungsbefunde am Tag der Untersuchung (Datum: ..... Uhrzeit: .....) mit:

**Adresse:**

Charité  
Institut für Radiologie, CT  
Dr. M. Dewey  
Luisenstr. 68 (Hochhaus)  
10117 Berlin

**FAX:**

030/450 527 911 z. Hd. Dr. M. Dewey

**Tel.:**

030/450 527 133  
CT-Anmeldung

**Folgende Situationen verhindern in den meisten Fällen eine Untersuchung mit der CT:**

1. unregelmäßiger Herzschlag (z.B. bei Vorhofflimmern)
2. Nierenerkrankung mit eingeschränkter Funktion (Kreatininwert > 1,5 mg/dl)
3. Allergie auf Röntgenkontrastmittel
4. Manifeste Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose)

Sollte eine dieser Situationen bei Ihnen vorliegen, so kontaktieren Sie uns bitte vor der Untersuchung telefonisch.

Name: ..... Adresse: .....

Telefonnummer: ..... FAX: ..... Email: .....

**Patientenbogen**

1. **Geburtsdatum:** . . . **Größe:** . m **Gewicht:** ..... kg männlich  weiblich

2. Haben Sie **Schmerzen** im Brustkorb? ja  nein , Falls ja: Bitte beschreiben Sie Ort und Art:

.....

Werden die Schmerzen bei **Belastung** stärker? ja  nein  Wie lange dauern die Schmerzen? .....

Lassen die Schmerzen **in Ruhe oder nach Nitrospray** nach? ja  nein

3. **Rauchen** Sie? ja  nein  Falls ja Wie lange: .... Jahre, wie viele Zig. pro Tag: .....

4. **Haben Sie geraucht?** ja  nein  Falls ja Wie lange: .... Jahre, wie viele Zig. pro Tag: .....

5. Haben Sie erhöhte **Blutfettwerte** (Hyperlipidämie)? ja  nein

**Gesamtcholesterin:** .....(p≥200 mg/dl) **LDL:** ..... (p≥120 mg/dl) **TG:** .....(p≥200mg/dl)

6. Nehmen Sie **Statine** oder andere Mittel zur Fettsenkung? ja  nein  - seit wann? ..... Jahre

7. Haben Sie Blutzuckerkrankheit (**Diabetes mellitus**)? ja  nein

8. Haben Sie **Bluthochdruck** (Hypertonus)? ja  nein

9. Nehmen Sie **Beta-Blocker** gegen den hohen Blutdruck? ja  nein  - seit wann? ..... Jahre

10. Hatten Sie einen **Herzinfarkt** (Myokardinfarkt)? ja  nein , Wenn ja: bitte Befund mitbringen.

11. Haben Sie Gefäßstützen (**Stents**) in den Herzkranzgefäßen? ja  nein , Wenn ja: Befund mitbringen.

12. Hatten Sie **Gefäßaufdehnung** mittels Herzkatheter? ja  nein , Wenn ja: bitte Befund mitbringen.

13. Haben Sie **Bypasses** am Herzen? ja  nein , Wenn ja: bitte Befund mitbringen.

14. Hatten Sie schon ein **EKG**? ja  nein , Wenn ja: bitte Befund des letzten EKG mitbringen.

15. Hatten Sie schon ein **Belastungs-EKG**? ja  nein , Wenn ja: bitte Befund mitbringen.

16. Hatten Sie schon eine **Echokardiografie**? ja  nein , Wenn ja: bitte Befund mitbringen.

17. Hatten Sie schon eine **Stressechokardiografie**? ja  nein , Wenn ja: bitte Befund mitbringen.

18. Hatten Sie schon eine **Szintigrafie**? ja  nein , Wenn ja: bitte Befund mitbringen.

19. Hatten Sie schon **Herzkatheter**? ja  nein , Wenn ja: bitte Befund/e mitbringen.

20. Hatten Sie schon eine **CT/MRT** des Herzens? ja  nein , Wenn ja: bitte Befund mitbringen.

21. Welche **Medikamente** nehmen Sie? Bitte mit **Dosierung** angeben:

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

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

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

**Nur vom  
Radio-  
logen  
auszu-  
füllen:**

**CCS: ....**

**APS: ....**

**TS:.....**

**PY: ....**

**Befunde**

**KHK: ....**

**Insbes.  
Statine  
β-Block.**