

Patientenfragebogen Myokardszintigraphie

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Telefonnummer:
Gewicht:	kg	Größe:	cm
Überweisender Arzt:			
Frühere nuklearmedizinische Untersuchungen? <small>(z.B. Schilddrüsen-, Myokard- oder Knochenszintigramm)</small>	Ja	Nein	
Wenn Ja: Welches Organ? Wann?			
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt?	Ja	Nein	
Wenn ja, wann?			
Wurde bei Ihnen eine Stent oder Bypass gesetzt?	Ja	Nein	
Haben Sie einen Herzschrittmacher	Ja	Nein	
Nehmen Sie zur Zeit Beta-Blocker ein?	Ja	Nein	
Seit wann wurden diese abgesetzt			Tage
Wurden Sie schon einmal am Herzen operiert?	Ja	Nein	
Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten			
Atemnot bei Belastung / Thoraxschmerzen / Beklemmungsgefühl im Thorax	Ja	Nein	
Asthma oder chronische Bronchitis/COPD	Ja	Nein	
Herzrhythmusstörungen	Ja	Nein	
Herzinfarkt	Ja	Nein	
Herzklappenerkrankung	Ja	Nein	
Herzmuskelentzündung (Myokarditis)	Ja	Nein	
Lungenembolie	Ja	Nein	
Schlaganfall	Ja	Nein	
Diabetes mellitus	Ja	Nein	
Ist bei Ihnen eine Erkrankung der Herzkranzgefäße (KHK) bekannt?	Ja	Nein	
Bluthochdruck	Ja	Nein	
Erhöhte Cholesterinwerte	Ja	Nein	
Sind bei Ihnen Allergien bekannt?	Ja	Nein	
Wenn ja, welche?			
Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	Ja	Nein	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Ja	Nein	
Wenn ja, welche?			

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie dieses Aufklärungsblatt gelesen haben und mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden sind. Sollten Sie weitere Fragen haben, beantworten wir diese gerne. Auf Wunsch erhalten Sie eine Kopie dieser Aufklärung.

Limburg, den

.....

(Unterschrift der Patientin / des Patienten)

Aufklärung und Fragebogen Myokardszintigraphie