Name _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

_____

Bitte ausfüllen bzw. Patientenetikett einkleben

RADIOLOGISCHES ZENTRUM
Höchstadt / Aisch • Nürnberg

Telefon: 09193 - 50250 • Telefax: 09193 - 50250
Ansprechpartner: Dr. med. N. Wilke

KARDIO-MRT-ANMELDUNGSFORMULAR ZUWEISER

Diagnosen / Vorgeschichte (vom Zuweiser auszufüllen)

_____

_____

_____

Indikationen:

- ☐ Vitalität (Myokard Infarkt)
- ☐ Ischämie (Ruhe-Stress MRT Perfusion/Funktion)
- ☐ LV + RV Funktion
- ☐ Myokarditis
- ☐ Klappenfunktion
- ☐ Brustschmerz / Angina / „Women's Heart Disease"
- ☐ Pericarditis (Konstriktiv, Restriktiv)
- ☐ Rhytmusstörungen
- ☐ Hypertension / Nierenangio
- ☐ Aortenangio
- ☐ Tumore

Größe (cm) _____ Gewicht (kg) _____ Geschlecht m ☐ w ☐ Alter _____

Auszufüllen vom Radiologisches Zentrum Personal (roter Bereich):

	Uhrzeit	Blutdruck	Puls	Symptome	Weitere Medikamente
vor					
nach					

Kontrastmittel _____ ☐ Stress-Perfusion-Funktion

KM-Dosis Stress (ml): _____ **RAPISCAN - gesamt (mg):** _____

KM-Dosis Ruhe (ml): _____

KM-Dosis für LE (ml): _____

KM-Dosis gesamt (ml/kg): _____

Zuweisender Arzt bitte ausfüllen:

Name _____

Adresse _____

Telefon _____ Telefax _____

Stempel:

Datum _____