

Name
Geburtsdatum
Adresse
Bitte ausfüllen bzw. Patientenetikett einkleben



RADIOLOGISCHES ZENTRUM
Höchststadt / Aisch • Nürnberg

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

HERZ - CT - ANMELDUNGSFORMULAR ZUWEISER

Diagnosen / Vorgeschichte (vom Zuweiser auszufüllen)

Gefäße	LAD	RCx	RCA

Indikationen:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Koronerangiographie | <input type="checkbox"/> Bypasskontrolle | <input type="checkbox"/> Hirnschlag / Apoplex / Hirnblutung |
| <input type="checkbox"/> LV-RV-Funktion | <input type="checkbox"/> Aortographie | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Kalkscore / KHK Risiko | <input type="checkbox"/> Aortenplaques / Thrombus | |
| <input type="checkbox"/> Triple Rule-Out (Aorta, Lungearterien, Koronararterien) | | |
| <input type="checkbox"/> Lungenarterie / Lungenembolie | | |
| <input type="checkbox"/> Kongenitale Anomalien | | |
| <input type="checkbox"/> Extrakardial | | |

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

Auszufüllen vom Radiologisches Zentrum Personal (roter Bereich):

EKG: HF vor B-Blocker <input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> HF Ende Scan <input type="checkbox"/> Afib <input type="checkbox"/>	Artefakte: <input type="checkbox"/> Atemartefakte <input type="checkbox"/> Bewegungsartefakte <input type="checkbox"/> EKG-Artefakte	
Medikamente: <input type="checkbox"/> Metoprolol i.v.: _____ RR: _____ <input type="checkbox"/> EKG-Artefakte <input type="checkbox"/> Metoprolol oral _____ mg		
Kontrastmittel: _____		
Kontrastmittel gesamt (ml): _____		+NaCl Bolus (ml): _____
<input type="checkbox"/> KV <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> DLP mGy cm <input type="text"/>	Start scan
<input type="checkbox"/> mAs <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> DRC on	Stop scan

Zuweisender Arzt bitte ausfüllen: Name _____ Adresse _____ Telefon _____ Telefax _____	Stempel: Datum _____
--	--------------------------------