Name _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

_____

Telefon _____ Telefax _____

e-Mail:

RADIOLOGISCHES ZENTRUM
Höchstadt / Aisch • Nürnberg

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

HERZ - CT - PATIENTEN-FRAGEBOGEN

1. Welcher Grund für die gewünschte Untersuchung trifft zu (Mehrauswahl möglich):

- ☐ Ich möchte eine Erkrankung der Herzgefäße sicher ausgeschlossen haben.
- ☐ Ich habe Herzbeschwerden, aber es bestehen widersprüchliche oder unklare Voruntersuchungsergebnisse.
- ☐ Ich habe Brustschmerzen bei Belastung, aber keinen krankhaften EKG-Befund
- ☐ Es soll ein Herzkatheter durchgeführt werden, diesen lehne ich aber ab.
- ☐ Kontrolle von Bypässen.
- ☐ Bei mir ist eine große Operation geplant. Ich möchte ein Herzrisiko vorher abgeschätzt haben.
- ☐ Sonstiges: Bitte anrufen und besprechen.

2. Risikofaktoren für eine Herzerkrankung (Mehrauswahl möglich):

Raucher	☐ Nein	☐ Ja
Erhöhte Blutfette	☐ Nein	☐ Ja
Diabetes	☐ Nein	☐ Ja
Bluthochdruck	☐ Nein	☐ Ja
Familiäre Herzerkrankungen	☐ Nein	☐ Ja
Übergewicht	☐ Nein	☐ Ja

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so gut sie es können (Mehrauswahl möglich).
Schicken Sie uns dann den Fragebogen zurück, wir nehmen mit Ihnen Kontakt auf.

1. Bitte besorgen Sie sich eine Kopie der letzten durchgeführten Blutuntersuchung und schicken Sie diese mit (Blutfettwerte, Kreatinin, TSH-basal).
2. Haben Sie bereits Röntgenkontrastmittel genommen? ☐ Nein ☐ Ja
3. Haben Sie das Kontrasmittel vertragen? ☐ Nein ☐ Ja
   Falls **nicht**, werden wir das mit Ihnen persönlich besprechen.
4. Schilddrüsenüberfunktion? ☐ Nein ☐ Ja
5. Nehmen Sie Schilddrüsentabletten ☐ Nein ☐ Ja Welche? _____
6. Nehmen Sie Medikamente gegen Diabetes? ☐ Nein ☐ Ja Welche? _____
7. Frauen im gebährfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein? ☐ Nein ☐ Ja

Optional:

Bitte teilen Sie uns mit, welcher Arzt Sie behandelt (Hausarzt, Internist, Kardiologe), damit wir gegebenenfalls dort Ergebnisse direkt erfragen können bzw. Ergebnisse mitteilen, falls gewünscht.

Arzt Ihres Vertrauens:

Name _____ Fachrichtung _____

Telefon _____ Ort _____

_____
Datum, Unterschrift Patient