

Name	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon	Telefax
e-Mail:	



**RADIOLOGISCHES ZENTRUM**  
Höchststadt / Aisch • Nürnberg

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

## HERZ - KERNSPINTOMOGRAPHIE - PATIENTEN-FRAGEBOGEN

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

- ☐ Ich bin Risikopatient für eine Herzerkrankung und möchte meine Herzleistung umfassend untersucht bekommen (siehe Punkt 3.)
- ☐ In meiner Familie besteht eine Belastung mit Herzerkrankungen.
- ☐ Ich hatte einen Herzinfarkt und möchte mögliche Beeinträchtigungen meiner Herzleistung beurteilt haben.
- ☐ Bei mir wurde bereits ein Eingriff an den Herzkranzgefäßen vorgenommen (Ballondilatation oder Bypass-Operation).
- ☐ Bei mir liegt ein Herzfehler vor.
- ☐ Bei mir liegt eine Aufweitung der Hauptschlagader vor (Aneurysma).
- ☐ Sonstiges: Bitte anrufen und besprechen.

### 2. Risikofaktoren für eine Herzerkrankung (Mehrauswahl möglich):

- |                            |                               |                             |
|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Raucher                    | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Erhöhte Blutfette          | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Diabetes                   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Bluthochdruck              | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Familiäre Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Übergewicht                | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

### 3. Was trifft zu (Mehrauswahl möglich)?

- |                     |                               |                             |
|---------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Herzschrittmacher   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Rückenmarksimulator | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Innenohrimplantat   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Metallsplitter      | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

➡ Bitte besorgen Sie sich eine Kopie der letzten durchgeführten Blutuntersuchung und schicken Sie diese mit.

➡ Bitte besorgen Sie sich die Ergebnisse von bereits durchgeführten Herzuntersuchungen.

### 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