

Überörtliche Radiologische Gemeinschaftspraxis
in Leipzig, Markkleeberg und Aue
z. Hd. Dr. med. Lerche: lerche@radiologie-leipzig.de

Fachärzte für Radiologie
Georg-Schwarz-Str. 49, 04177 Leipzig
Tel.: 0341 / 3937-3000; Fax: 0341 / 444-3748

Anmeldung für Koronar-CT

Überweiser(in):

Name: _____ Telefon: _____

Patient(in):

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____

Telefon: _____ Email: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Laborwerte:

GFR: _____ oder Krea: _____

TSH: _____

Anamnese (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

1. Beschwerden

- Retrosternaler Schmerz / Druck für wenige Minuten
- Auslöser der Beschwerden: Anstrengung oder emotionaler Stress
- Regredienz der Beschwerden in wenigen Minuten bei Ruhe od. Nitro-Gabe

→ typ. AP (3/3) atyp. AP (2/3) nicht-anginös (max. 1/3)

Dyspnoe: ja nein

Sonstige Beschwerden: _____

2. Liegen kardiovaskuläre Risikofaktoren vor? Wenn ja, welche?

- nein
- ja, _____

3. Herzrhythmus

Sinusrhythmus ja nein Ruheherzfrequenz: /min

4. Gab es bereits Herzoperationen (z.B. Klappenersatz, Bypass)? Wenn ja, welche?

- nein
- ja, _____

5. Ist der Patient Träger eines Herzschrittmachers oder AICD?

nein

ja, _____

6. Liegt eine der folgenden Kontraindikationen gegen die Gabe von iodhaltigem i.v.-Kontrastmittel, Betablockern oder Nitro-Spray vor?

Allergie auf iodhaltige Kontrastmittel

Multiallergien

Therapiepflichtiges Asthma bronchiale

Obstruktive Lungenerkrankung

AV-Block 2. oder 3. Grades

Aortenklappenstenose

HOCM (Hypertroph-obstruktive Kardiomyopathie)

Vorbefunde

Bitte geben Sie hier Informationen zu etwaigen Voruntersuchungen an und fügen die entsprechenden Befunde im Anhang an(z.B. EKG, Ergo, Echokardiographie, kard. MRT)!

Mit der folgenden Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben!

Datum

Unterschrift des Überweisers mit Stempel