



Fragebogen Myocardszintigraphie

Bitte geben Sie dieses Formular vor der Untersuchung ab.

Name Patient/in			
Geb.-Dat.	Größe (cm)	Gewicht (kg)	MTD

Nehmen Sie derzeit Herzmedikamente? Welche? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Haben Sie Bluthochdruck? Ja Nein

Hatten Sie jemals einen Schlaganfall? Wann? Ja Nein

Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit)? Ja Nein

Haben Sie Asthma bronchiale, COPD? Medikamente? Ja Nein

Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt? Wann? Ja Nein

Operation? Ja Nein

Familie? Ja Nein

Hatten Sie jemals Herzrhythmusstörungen? Wann? Ja Nein

Zeitpunkt der letzten Mahlzeit:

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Ja Nein

Ich bin mit der Verabreichung einer radioaktiven Substanz einverstanden. Ja Nein

Ich bestätige, dass ich diesen Text und den Informationsbogen gelesen und verstanden habe. Ich hatte ausreichend Zeit, Fragen zu stellen und bin mit der Durchführung der Myocardszintigraphie einschließlich medikamentöser Belastung einverstanden.

Datum/Uhrzeit	Unterschrift Patient/in bzw. des gesetzlichen Vertreters	Unterschrift Ärztin/Arzt/RT	Name und Unterschrift MTD
---------------	---	-----------------------------	---------------------------

Ärztliche Anamnese		
Aktivität Stress	MBq	Uhrzeit
Aktivität Rest	MBq	Uhrzeit
Charge		