



Myokardszintigraphie

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Alter: _____

Größe: _____ m

Gewicht: _____ kg

Werden regelmäßig oder derzeit Medikamente eingenommen z.B. gerinnungshemmende Mittel, Schmerzmittel, Herz-Kreislaufmedikamente, Hormonpräparate, Antidiabetika? J N

Wenn ja, welche? _____

Werden insbes. Medikamente mit dem Wirkstoff Theophyllin oder Dipyridol eingenommen? J N
Wenn ja, welche? _____

Besteht/Bestand eine **Herz-Kreislauf-Erkrankung** (z.B. Herzfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Schlaganfall, hoher Blutdruck)? J N
Wenn ja, welche? _____

Besteht Atemnot? J N

Wurde schon ein Belastungs-EKG durchgeführt? J N

Wenn ja, wie gut war die Belastbarkeit?

Wenn ja, gab es dabei Beschwerden? J N

Wenn ja, welche? _____

Wenn ja, wurde abgebrochen? J N

Wenn ja, warum? _____

Konnte schon einmal ein bereits **geplantes Belastungs-EKG** nicht durchgeführt werden? J N
Wenn ja, warum? _____

Wurde schon eine **Herzkatheteruntersuchung** durchgeführt? J N

Wenn ja, wie war das Ergebnis? _____

Wurden bereits **Behandlungen am Herzen** durchgeführt (z.B. Herzoperation, Ballonerweiterungen der Herzkranzgefäße)? J N

Wenn ja, welche? _____

Befinden sich **Implantate** im Körper (z.B. Schrittmacher/Defibrillator, Gelenkendoprothese, Herzklappe, Stend, Metall, Kunststoffe Silikon)? J N

Wenn ja, welche? _____

Wurden bereits früher **nuklearmedizinische** Untersuchungen durchgeführt? J N

Wenn ja, welche?

[Hier eingeben]

Wurde bereits eine Röntgenuntersuchung, Computer- oder Kernspintomographie durchgeführt? J N
Wenn ja, welche, wann und wo (Praxis/Klinik)?

Wenn ja, welcher Körperbereich? _____

Besteht eine **Stoffwechselerkrankung** (z.B. Zuckerkrankheit, Gicht)? J N

Wenn ja, welche? _____

Liegen erhöhte Blutfettwerte vor? J N

Besteht eine familiäre Belastung? J N

Besteht ein vermehrter Stress? J N

Besteht/Bestand eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV/AIDS)? J N

Wenn ja, welche? _____

Bestehen Erkrankungen, die längeres Verweilen in bestimmten Positionen erschweren (z.B. Rheuma, Knochen-/Gelenkerkrankungen)? J N

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Allergie wie Heuschnupfen oder allergisches Asthma oder eine Unverträglichkeit bestimmter Substanzen (z.B. Medikamente, Latex, Desinfektionsmittel, Betäubungsmittel, Röntgenkontrastmittel, Jod, Pflaster, Pollen)? J N

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Allergie/Unverträglichkeit gegen jod- oder perchlorathaltige Medikamente, Eiweiß? J N

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? J N

Wenn ja, wie viel am Tag rauchen Sie bzw. wie lange haben Sie geraucht? _____

Zusatzfragen bei Frauen:

Könnten Sie schwanger sein? J N

Wann war der 1. Tag der letzten Regelblutung?

Stillen Sie? J N

Datum: _____

Unterschrift: _____