

Internuk Panschwitz	Formblatt			
	Fragebogen Myokardszintigraphie			
	DokNr: NFB004	Version 02	Gültig ab 07.07.22	Seite 1 von 2

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine Herzuntersuchung stattfinden. Zur Klärung Ihres Krankheitsbildes werden wir heute eine Myokardszintigraphie durchführen. Bei der Szintigraphie spritzen wir Ihnen eine gering radioaktiv markierte Substanz in die Vene. 1 Stunde nach der Injektion erstellen wir an der Gammakamera Funktionsbilder des Herzens (Dauer 20 Minuten). Die Substanz wird später über die Nieren Ihren Körper verlassen. Trinken Sie heute ausreichend. Die Untersuchung hat keine Nebenwirkungen (auch nicht bei Nierenfunktionsstörungen oder Dialyse-Pat.). Sie müssen nichts beachten.

Name/Vorname:

geb.:

TELEFON-NR:

Gewicht:

Größe:

1. Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein
 Herzkreislaufmittel oder Medikamente gegen hohen Blutdruck? ja nein
 Wenn ja, welche?

2. Was sind Ihre derzeitigen Beschwerden?
 Angina pectoris (Schmerzen in der Brust)? ja nein
 Atemnot? ja nein
 Herzrhythmusstörungen? ja nein

3. Wurde schon ein Belastungs-EKG durchgeführt? ja nein
 Wie gut waren Sie dabei belastbar?

Hatten sie dabei Beschwerden? ja nein
 Wurde abgebrochen und wenn ja, warum? ja nein

4. Wurde bei Ihnen schon eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt? ja nein

5. Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

5. Wurden bei Ihnen bereits früher nuklearmedizinische Untersuchungen durchgeführt? ja nein
 Wenn ja welche?

6. Hatten Sie schon folgende Herzerkrankungen oder Behandlungen am Herzen?
 Herzinfarkt? ja nein
 Herzmuskel- oder Herzklappenentzündung? ja nein
 Herzoperationen? ja nein
 Ballonerweiterungen der Herzkranzgefäße? ja nein

7. Risikofaktoren
 Sind oder waren Sie Raucher/-in? ja nein
 Wenn ja, wie lange haben Sie geraucht und wie viel am Tag?

Internuk Panschwitz	Formblatt			
	Fragebogen Myokardszintigraphie			
	DokNr: NFB004	Version 02	Gültig ab 07.07.22	Seite 2 von 2

Bitte Rückseite beachten!

Sind Sie Diabetiker/-in? ja nein
Haben Sie Bluthochdruck? ja nein
Besteht eine familiäre Belastung? ja nein
Besteht vermehrter Stress? ja nein

8. Haben Sie Knie-Prothesen oder Hüft-Prothesen? ja nein

5. Für Frauen: liegt eine Schwangerschaft vor? ja nein
Stillen Sie? ja nein

Über den Ablauf und Zweck der Untersuchung bin ich ausreichend aufgeklärt worden.
Bin mit der Untersuchung: Einverstanden
Nicht einverstanden:

Datum:

Unterschrift:

Unterschrift Arzt/Mitarbeiter