



Zuweiser - Anamnesebogen 256-Schichten Pro.Pulse Cardio-CT

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Krankenversicherung:

Adresse: Telefonnummer:

.....

Zuweisender Arzt : Hausarzt:

1. Indikation (muss bei GKV-Patienten vor Terminvergabe vom Überweiser ausgefüllt werden)

☐ typ. Angina pectoris ☐ atyp. Angina pectoris ☐ thorakale Beschwerden

% Vortestwahrscheinlichkeit (muss zw. 15 – 50 % liegen)

☐ Cardio-CT zum Ausschluss KHK vor Herz-OP

☐ pathologische Ergometrie ☐ Dyspnoe ☐ sonstige

2. Blutwerte

Kreatinin mg/dl **TSH basal** mIU/l

Besteht eine Kontrastmittel-Allergie? ☐ ja ☐ nein

3. Risikofaktoren

☐ arterielle Hypertonie ☐ Diabetes Mellitus ☐ familiäre KHK-Disposition

☐ Nikotinkonsum ☐ Carotis-Sklerose ☐ Fettstoffwechselstörung

☐ Hyperurikämie ☐ sonstige

4. Vorbereitung

Nehmen Sie folgende Medikamente ein:

- **Metformin-haltige Medikamente wie z.B.**

Biocos, Diabesin, Diabetase, Glucobon, Glucophage, Mediabet, Meglucon, Mescorit, Met, Metfogamma, Metformin, Siofor, Thiabet

☐ ja ☐ nein

- **Sog. PDE-5-Hemmer** z.B. Sildenafil (Viagra, Revatio), Tadalafil (Cialis), Vardenafil (Levitra, Vilitra), Avanafil

☐ ja ☐ nein

- **Calcium-Antagonisten vom Verapamil-Typ** (Calcium-Antagonisten) z.B. Diltiazem, Verapamil

☐ ja ☐ nein

Falls ja, werden die Medikamente 72-Stunden vor der Untersuchung pausiert?

☐ ja ☐ nein

5. Für die Untersuchung:

Herzfrequenz

pro Min.

Blutdruck

mm/Hg

Bezeichnung und Dosis des Betablocker:

Uhrzeit der Einnahme: Uhrzeit der geplanten Untersuchung:

.....
Datum

.....
Unterschrift Arzt

.....
Unterschrift Patient