

PATIENTENFRAGEBOGEN
BILDGEBENDE DIAGNOSTIK WERTHEIM
(DRES. MED. NEUMANN, HERRMANN, SCHNEIDER)
MYOKARDSZINTIGRAPHIE

Patientenfragebogen

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Bitte beantworten Sie folgende Fragen durch Ankreuzen bzw. Ausfüllen:

- 1) Ist eine Erkrankung der Herzkranzgefäße (KHK) bekannt? Nein Ja
- 2) Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt oder schon einmal aufgetreten?
- Asthma oder chronische Nein Ja
 - Herzrhythmusstörungen Nein Ja
 - Herzinfarkt Nein Ja
 - Herzmuskelentzündung (Myokarditis) Nein Ja
 - Herzklappenerkrankung Nein Ja
 - Bluthochdruck Nein Ja
 - Niedriger Blutdruck Nein Ja
 - Beinvenenthrombose? Nein Ja
 - Lungenembolie? Nein Ja
 - Schlaganfall? Nein Ja
- 3) Wurde schon eine Herzkatheter-Untersuchung durchgeführt? Nein Ja
- 4) Sind Sie schon einmal am Herzen operiert worden? Nein Ja
- 5) Haben Sie einen Herzschrittmacher? Nein Ja
- 6) Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten gegen bestimmte Substanzen bzw. Medikamente bekannt? Nein Ja
- 7) Wenn ja, welche? _____
- 7) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja
- Wenn ja, welche? _____
- Bei Einnahme eines Betablockers: Haben in den letzten zwei Tagen pausiert? Nein Ja
- 8) Haben Sie in den letzten 12 Stunden koffeinhaltige Getränke (z.B. Kaffee, Tee) zu sich genommen? Nein Ja
- 9) Sind Sie in der Lage, ein körperliche Belastung auf dem Fahrradergometer durchzuführen? Nein Ja
- 10) Für Frauen im gebärfähigen Alter: Sind Sie schwanger? Nein Ja
- Stillen Sie gerade? Nein Ja

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG
MYOKARDSZINTIGRAPHIE**

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG MYOKARDSZINTIGRAPHIE

Einverständniserklärung

Name: _____ Vorname: _____

Notizen zum Gespräch (vom Arzt/von der Ärztin auszufüllen):

Es wurde im Rahmen der spezifischen Aspekte der diagnostischen Maßnahmen insbesondere auf folgenden Aspekt hingewiesen:

Einverständniserklärung (Bitte ankreuzen!)

- Einwilligung in die Untersuchung:** Mit der vorgeschlagenen Durchführung der Szintigraphie erkläre ich mich einverstanden. Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen, die zu meiner Zufriedenheit beantwortet wurden und habe keine weiteren Fragen mehr.
- Ablehnung der Untersuchung:** Die Durchführung der vorgeschlagenen Szintigraphie lehne ich nach ausführlicher Aufklärung ab. Über die möglichen Risiken nicht erkannter Erkrankungen bin ich mir bewusst und aufgeklärt worden.

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter/Vormund

Unterschrift des Arztes

Eine Kopie der Einverständniserklärung habe ich erhalten, diese stimmt mit dem Original überein.

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter/Vormund

Ort/Datum

