Formular Titel: Formular Anforderung Myokardszintigrafie	Version: 8.1
Inhaltliche Verantwortung: Barth	Gültig ab: 03.12.2018

Ab 1.12.2018
Terminvereinbarung + Befundauskunft
05 7255-26669
Fax 05 7255-26697

NUK - Anforderung Myokardszintigrafie

gewünschtes Untersuchungsdatum: _____

Familienname: _____

Vorname: _____

Geb.Datum: _____ ☐ **m** ☐ **w**

Tel. Patient: _____

Adresse Patient: _____

Raum für
Pat. Etikett falls vorhanden.

☐ **Allgemeine Klasse** ☐ **Sonderklasse**

Zuweisungsdiagnose	
Eindeutige Fragestellung:	☐ Nachweis KHK ☐ Wirksamkeit einer Stenose ☐ Vitalität } ☐ RCA ☐ LAD ☐ RCX ☐ Therapiekontrolle (Ischämienachweis unter Therapie)
Bekannte Krankheiten	☐ KHK ☐ Myokardinfarkt ☐ COPD ☐ Asthma bronchiale ☐ Diabetes Mellitus
Bereits durchgeführte US:	☐ CAG ☐ Herzecho ☐ Belastungs-EKG
Durchgeführte Therapien:	☐ Stent ☐ Bypass } ☐ RCA ☐ LAD ☐ RCX
Vorbereitung:	• **Am Untersuchungstag (Stressuntersuchung):** ○ **Keine koronargefäßwirksamen Medikamente, keine ß-Blocker!** ○ **Nüchtern** ○ **Keine koffeinhaltigen Getränke: Kaffee, schwarzer Tee, Energy Drinks!** • **ß-Blocker sollten <u>am Tag</u> <u>VOR der Untersuchung</u> abgesetzt werden (außer bei**
Mobilität: ☐ gehend ☐ sitzend ☐ liegend	Derzeitige Medikamente: • ..... • ..... • .....
Zuw. Arzt / Unterschrift	Telefon: Fax:

Freigegeben von:		Datum: