

MVZ **R**adiologie München Süd West

Fragebogen zur Myokardszintigraphie

Name:

Sehr geehrte/r Patient/in,

Um Ihre Wartezeit zu verkürzen, bitten wir Sie, uns diesen Fragebogen auszufüllen. Somit können wir gegebenenfalls notwendige Rückfragen an Ihren behandelnden bzw. überweisenden Arzt frühzeitig klären. Sollte Ihnen eine Frage unklar sein oder von Ihnen nicht sicher beantwortet werden können, lassen Sie diese bitte einfach aus.

- | | | |
|---|-------|--|
| Könnten Sie schwanger sein? | ja | nein |
| Sind Sie noch nüchtern? | ja | wenn nein, was? |
| Haben Sie Medikamente eingenommen? | nein | wenn ja, welche? |
| Treiben Sie regelmäßig Sport? | nein | wenn ja, welchen? |
| Leiden Sie an Asthma/COPD/Lungenerkrankung | nein | ja, Asthma/COPD
ja, andere Lungenerkrankung |
| Welche Medikamente nehmen Sie dafür ein? | | |
| Haben Sie eine Medikamentenallergie? | nein | wenn ja, welche? |
| Sind Sie zuckerkrank? | nein | wenn ja, insulinpflichtig? |
| Haben Sie Angina-pectoris-Beschwerden? | nein | ja |
| Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt? | nein | wenn ja, wann? |
| Wurden Sie schon einmal am Herzen operiert? | nein | wenn ja, welcher Art? |
| Hatten Sie schon eine Herzkatheteruntersuchung? | nein | wenn ja, wann? |
| Wurde bei Ihnen ein Belastungs-EKG angefertigt? | nein | wenn ja, wann? |
| Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? | | |

München, den

Unterschrift des Patienten