MVZ Radiologie München Süd West

Fragebogen zur Myokardszintigraphie

Name _____

Geb.-Datum: _____

Sehr geehrte/r Patient/in,
bitte füllen Sie uns diesen Fragebogen aus. Somit können wir gegebenenfalls notwendige Rückfragen an Ihren behandelnden bzw. überweisenden Arzt frühzeitig klären. Unklare Fragen lassen Sie bitte einfach aus.

1. Könnten Sie schwanger sein? ☐ Ja ☐ Nein

2. Sind Sie noch nüchtern? ☐ Ja ☐ Nein

3. Haben Sie Medikamente eingenommen? ☐ Ja ☐ Nein

falls ja, welche? _____

4. Treiben Sie regelmäßig Sport? ☐ Ja ☐ Nein

5. Leiden Sie an Asthma / COPD ☐ Ja ☐ Nein

falls ja: ☐ Asthma ☐ COPD

6. Haben Sie eine Medikamentenallergie? ☐ Ja ☐ Nein

falls ja, welche? _____

7. Haben Sie Diabetes? ☐ Ja ☐ Nein

8. Haben Sie Angina pectoris Beschwerden? ☐ Ja ☐ Nein

9. Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt? ☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, wann? _____

10. Wurden Sie schon einmal am Herzen operiert? ☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, welcher Art? _____

11. Hatten Sie eine Herzkatheteruntersuchung? ☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, wann? _____

12. Hatten Sie ein Belastungs-EKG? ☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, wann? _____

13. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

_____

_____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Patient/in