

Anamnese Myokard

Ambulant-Nuklearmedizinisches
Zentrum Würzburg

Dr. J.-U. Eberhardt

Dr. E. Peppert

Dr. C. Düren



Würzburg, den _____

Sehr geehrte(r) Patient(in),
um Sie optimal untersuchen zu können, bitten wir Sie, uns durch die Beantwortung folgender Fragen zu unterstützen:

Größe _____ Gewicht _____

Aktuelle Beschwerden:

Ist eine Epilepsie bekannt/ ist früher einmal ein Krampfanfall aufgetreten? ja
 nein

Aktuelle Medikamenteneinnahme:

Sind Sie am Herzen bereits untersucht/behandelt worden (Kardiologe, Herzkatheter, Herzoperation, Herzschrittmacher und ähnliches)?

Falls möglich bitte zur Untersuchung Befunde mitbringen. Vielen Dank.

Wurden **nuklearmedizinische Untersuchungen** außerhalb unserer Praxis durchgeführt?

Ja, wann? Welche Untersuchung(en)? Welche Einrichtung? nein

Sind bei Ihnen **Röntgenuntersuchungen** (z.B. CT) durchgeführt worden? nein

Ja, wann? Welche Körperregion? Welche Einrichtung? Wurde dabei Kontrastmittel verwendet?

Wurde bei Ihnen eine **Strahlentherapie/Isotopentherapie** durchgeführt? nein

Ja, wann? Welche Körperregion? Welche Einrichtung?

Patientinnen:	Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
	Stillen Sie momentan?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Nachdem Sie alle Fragen beantwortet haben, bringen Sie diesen Bogen bitte wieder zurück an die Anmeldung. In Kürze wird Ihr(e) behandelnde(r) Ärztin/Arzt Sie aufrufen und den Untersuchungsablauf mit Ihnen besprechen.
Für Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Würzburg, den _____

Unterschrift des Patienten
(bzw. des Erziehungsberechtigten)