

## Patienteninformation cardiale MRT

### cardiale MRT- Was ist das?

Sehr geehrte/r Frau/Herr \_\_\_\_\_

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer Untersuchung überwiesen, bei der die Funktion vom Herzen oder entzündliche Veränderungen am Herzmuskel und Durchblutungsstörungen überprüft werden. Die Untersuchung erfolgt im Kernspintomographen (MR). Durch die Untersuchung versprechen wir uns eine Verbesserung der weiteren Behandlung. Bitte essen Sie 2 Stunden vor der Untersuchung nichts mehr und verzichten Sie gänzlich auf koffein- und teehaltige Getränke sowie Schokolade. Darüber hinaus dürfen Sie am Tag der Untersuchung nicht rauchen.

Welche Medikamente nehmen Sie? Bitte mit Dosierung angeben:

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht

Wir möchten Sie herzlich bitten, den beiliegenden Bogen gewissenhaft auszufüllen. Mit den gestellten Fragen wollen wir detailliert über Ihre Beschwerden und bisherigen Untersuchungen Kenntnis nehmen, um eine korrekte Diagnose mittels MR zu erlangen. Es wird für jede MR-Untersuchung ein Befund erstellt, der Ihrem behandelnden Arzt zugestellt wird. Die Untersuchungsdauer beträgt ca. 60 bis 90 min.

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_cm    Gewicht: \_\_\_\_\_kg     männlich     weiblich

- Haben Sie Schmerzen im Brustkorb  Ja     Nein  
 Falls Ja: Bitte beschreiben Sie Ort und Art : \_\_\_\_\_  
 Werden Die Schmerzen bei Belastung stärker?  Ja     Nein  
 Lassen die Schmerzen in Ruhe oder nach Nitrospray nach?  Ja     Nein  
 Wie lange dauern die Schmerzen? \_\_\_\_\_
- Rauchen Sie?  Ja     Nein  
 Falls Ja: Wie lange? \_\_\_\_\_Jahre, wie viele Zigaretten pro Tag ? \_\_\_\_\_Stück
- Haben Sie geraucht?  Ja     Nein  
 Falls Ja: Wie lange? \_\_\_\_\_Jahre, wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_Stück
- Haben Sie erhöhte Blutfettwerte (Hyperlipidämie)?  Ja     Nein  
 Gesamtchol.: \_\_\_\_ (p≥200 mg/dl). LDL : \_\_\_\_ (p≥120 mg/dl). TG: \_\_\_\_ (p≥200 mg/dl).
- Nehmen Sie Statine oder andere Mittel zur Fettsenkung ?  Ja     Nein  
 Falls Ja: Seit Wann? \_\_\_\_\_ Jahre.

6. Haben Sie eine Blutzuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?  Ja  Nein
7. Haben Sie Bluthochdruck?  Ja  Nein
8. Nehmen Sie Beta-Blocker gegen den hohen Blutdruck?  
Falls Ja: Seit wann? \_\_\_\_\_Jahre.  Ja  Nein
9. Hatten Sie einen Herzinfarkt (Myokardinfarkt)?  
Falls ja: Bitte Befund mitbringen.  Ja  Nein
10. Haben Sie Gefäßstützen (Stents) in den Herzkranzgefäßen?  
Falls Ja: Bitte Befund mitbringen.  Ja  Nein
11. Hatten Sie eine Gefäßaufdehnung mittels Herzkatheter?  
Falls Ja: Bitte Befund mitbringen.  Ja  Nein
12. Haben Sie Bypasses am Herzen  
Falls Ja: Bitte Befund mitbringen.  Ja  Nein
13. Hatten Sie schon ein EKG  
Falls Ja: Bitte Befund mitbringen.  Ja  Nein
14. Hatten Sie ein Belastungs-EKG?  
Falls Ja: Bitte Befund mitbringen.  Ja  Nein
15. Hatten Sie schon eine Echokardiographie?  
Falls Ja: Bitte Befund mitbringen.  Ja  Nein
16. Hatten Sie schon eine Stressechokardiographie?  
Falls Ja: Bitte Befund mitbringen.  Ja  Nein
17. Hatten Sie schon eine Szintigraphie?  
Falls Ja: Bitte Befund mitbringen.  Ja  Nein
18. Hatten Sie schon Herzkatheter?  
Falls Ja: Bitte Befund mitbringen.  Ja  Nein
19. Hatten Sie schon eine CT/MRT des Herzens?  
Falls Ja: Bitte Befund mitbringen.  Ja  Nein