

## Herzszintigraphie – Anamnesefragebogen

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Größe:** \_\_\_\_\_ cm

**Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1. Haben Sie Beschwerden (Druck, Stechen) im Brustkorb?

Ja  Nein

-Falls ja: Bestehen die Beschwerden

bei Belastung  in Ruhe

2. Hatten Sie schon mal einen Herzinfarkt?

Ja  Nein

3. Hatten Sie schon einmal eine Herzkatheteruntersuchung?

Ja  Nein

4. Haben Sie Stents/Bypässe in den Herzkranzadern bekommen?

Ja  Nein

5. Ist bei Ihnen Asthma/COPD bekannt?

Ja  Nein

6. Haben Sie heute koffeinhaltige Getränke zu sich genommen (Kaffee/schwarzer Tee/Cola)?

Ja  Nein

7. Nehmen Sie Medikamente ein?

Ja  Nein

Wenn ja, welche? (Angabe ohne Dosierung oder Stärke auf der Rückseite oder Abgabe einer Liste an uns):

8. Haben Sie Ihre Medikamente (Herz- bzw. Blutdrucktabletten) heute eingenommen?

Ja  Nein

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**