

Prof. Dr. med. S. G. Spitzer,
 Prof. Dr. med. habil. R. Sternitzky,
 Dr. med. R. Dörr, Dr. med. C. T. Kadalié,
 dr. med. L. Károlyi, Prof. Dr. med. habil. G. Simonis
 Forststraße 3, 01099 Dresden
 Ambulanz: (0351) 8064-0
 Radiologie & Nuklearmedizin: (0351) 8064-243
 Katheterlabor: (0351) 8064-515
 Interventionelle Rhythmologie: (0351) 8064-542
 Nuklearkardiologie: (0351) 8064-505
 contact@praxisklinik-dresden.de
 www.praxisklinik-dresden.de



**Praxisklinik
 Herz und Gefäße**

AKADEMISCHE LEHRPRAXISKLINIK DER TU DRESDEN
 KARDIOLOGIE · ANGIOLOGIE · RADIOLOGIE · NUKLEARMEDIZIN

Katheterlabor

Heinrich-Cotta-Straße 12, 01324 Dresden
 Ärztliche Leitung: Prof. Dr. med. G. Simonis
 Tel. (0351) 8064-515
 Fax (0351) 8064-512

ANMELDEBOGEN KATHETERUNTERSUCHUNG

Patientendaten

Name _____
 Vorname _____
 geboren am _____
 Wohnort _____
 Straße _____
 Tel. _____
 Krankenkasse _____

Überweisender Arzt (Anschrift, Tel.)

Hausarzt (Anschrift; Tel.)

Überweisung

ambulant stationär

Patient ist bereits in folgenden Versorgungsprogrammen eingeschrieben

DMP KHK CARDIO INTEGRAL
 CARD. I. V. _____

Indikation

KHK Z. n. Bypass-OP am _____
 Vitium Z. n. PTCA am _____
 pAVK Sonstiges _____

KHK

Angina pectoris seit _____
 stabil im CCS-Stadium _____
 instabil im Braunwald-Stadium _____
 atypisch _____

frischer Myokardinfarkt (< 4 Wochen)

STEMI
 NSTEMI

Sonstiges

Herzinsuffizienz seit _____
 aktuell im NYHA-Stadium _____

bekannte COPD
 bekannte chronische Bronchitis

Risikofaktoren

arterielle Hypertonie Fettstoffwechselstörung
 Diabetes mellitus Nikotinabusus
 insulinpflichtiger Diabetes positive Familienanamnese

Sonstiges

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hyperthyreose | <input type="checkbox"/> Körpermasse (kg) _____ |
| <input type="checkbox"/> Kontrastmittelallergie | <input type="checkbox"/> Körpergröße (m) _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Laborwerte (SI-Einheiten)

Abnahme vom _____

- | | | |
|---------------------|-----------------|--------------------|
| Hb _____ | Hk _____ | Thrombozyten _____ |
| Kalium _____ | TSH _____ | Kreatinin _____ |
| INR _____ | Quick _____ | PTT _____ |
| Leukozyten _____ | | |
| ggf. Troponin _____ | ggf. CKMB _____ | |

Derzeitige Medikation (**niedermolekulares Heparin** bitte > 24 Stunden vor dem Untersuchungstag pausieren;
Metformin 1-2 Tage vor der Untersuchung absetzen)

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

Belastungs-EKG

vom _____

Abbruch bei _____ Watt wegen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | ab _____ Watt |
| <input type="checkbox"/> ST-Strecken-Senkung | um max. _____ mV in Ableitungen _____ |
| <input type="checkbox"/> ST-Strecken-Hebung | um max. _____ mV in Ableitungen _____ |
| <input type="checkbox"/> Dyspnoe | <input type="checkbox"/> pathologischer RR-Anstieg |
| <input type="checkbox"/> Ausbelastung | <input type="checkbox"/> Auftreten eines LSB |
| <input type="checkbox"/> muskulärer Erschöpfung | <input type="checkbox"/> Absoluta/ SES/ VES |
| <input type="checkbox"/> Beiner müdung | <input type="checkbox"/> Salven (max. _____ er) |
| <input type="checkbox"/> sonstige Abbruchgründe _____ | |

Erweiterte Ischämiediagnostik

Bitte folgende Unterlagen beifügen:

- Unterschriebene Patienteneinwilligungserklärung
- Befundberichten von u. a. Myokardszintigrafie, Stressechokardiografie, Stress-MRT

	Ergebnis			
<input type="checkbox"/> Myokardszintigrafie	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> suspekt	<input type="checkbox"/> pathologisch	<input type="checkbox"/> Vitalitätsnachweis
<input type="checkbox"/> Stressechokardiografie	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> suspekt	<input type="checkbox"/> pathologisch	<input type="checkbox"/> Vitalitätsnachweis
<input type="checkbox"/> Stress-MRT	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> suspekt	<input type="checkbox"/> pathologisch	<input type="checkbox"/> Vitalitätsnachweis

Der Patient ist aufgeklärt und hat die Einwilligungserklärung unterschrieben.

_____ Datum	_____ Unterschrift und Stempel des Arztes	_____ Telefonnummer der Praxis
-------------	---	--------------------------------