

Patienteninformation CT-Koronarangiographie

CT-Koronarangiographie- Was ist das?

Sehr geehrte/r Frau/Herr _____

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer Untersuchung überwiesen, bei der die Herzkranzgefäße (Koronararterien) auf das Vorhandensein von Verengungen (Stenosen) bzw. Ablagerungen (Plaques) überprüft werden sollen. Die Untersuchung erfolgt im Computertomographen (CT). Durch die Untersuchung versprechen wir Ihnen eine Verbesserung der weiteren Behandlung, da nachgewiesen wurde, dass Stenosen und Plaques an den Herzkranzgefäßen mit einer Zuverlässigkeit von 90% erkannt werden können.

Bitte essen Sie 2 Stunden vor der Untersuchung nichts mehr und verzichten Sie gänzlich auf koffein- und teeinhaltige Getränke. Darüber hinaus dürfen Sie vor der Untersuchung nicht rauchen. Nehmen Sie Ihre gewohnten Medikamente weiter (mit Ausnahmen Metforminhaltiger Antidiabetika).

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 CT zu erlangen. Es wird für jede CT-Untersuchung ein Befund erstellt, der Ihrem behandelnden Arzt zugestellt wird.

Folgende Situationen verhindern in den meisten Fällen eine Kardio-CT-Untersuchung:

1. Unregelmäßiger Herzschlag (z. B. bei Vorhofflimmern).
2. Nierenerkrankungen mit eingeschränkter Funktion.
3. Allergie auf Röntgen-Kontrastmittel.
4. Manifeste Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose).
5. Einnahme von Viagra oder ähnlichen Substanzen 24 Stunden vor der Untersuchung.

Name: _____ Geb.-Datum: _____

Größe: _____cm Gewicht: _____kg männlich weiblich

1. 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? _____
2. Rauchen Sie? Ja Nein
Falls Ja: Wie lange? _____Jahre, wie viele Zigaretten pro Tag ? _____Stück
3. Haben Sie geraucht? Ja Nein
Falls Ja: Wie lange? _____Jahre, wie viele Zigaretten pro Tag? _____Stück
4. Haben Sie erhöhte Blutfettwerte (Hyperlipidämie)? Ja Nein
Gesamtchol.: ____ (p≥200 mg/dl). LDL : ____ (p≥120 mg/dl). TG: ____ (p≥200 mg/dl).
5. 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? Ja Nein
Falls Ja: Seit wann? _____Jahre.
9. Hatten Sie einen Herzinfarkt (Myokardinfarkt)? Ja Nein
Falls ja: Bitte Befund mitbringen.
10. Haben Sie Gefäßstützen (Stents) in den Herzkranzgefäßen? Ja Nein
Falls Ja: Bitte Befund mitbringen.
11. Hatten Sie eine Gefäßaufdehnung mittels Herzkatheter? Ja Nein
Falls Ja: Bitte Befund mitbringen.
12. Haben Sie Bypasses am Herzen Ja Nein
Falls Ja: Bitte Befund mitbringen.
13. Hatten Sie schon ein EKG Ja Nein
Falls Ja: Bitte Befund mitbringen.
14. Hatten Sie ein Belastungs-EKG? Ja Nein
Falls Ja: Bitte Befund mitbringen.
15. Hatten Sie schon eine Echokardiographie? Ja Nein
Falls Ja: Bitte Befund mitbringen.
16. Hatten Sie schon eine Stressechokardiographie? Ja Nein
Falls Ja: Bitte Befund mitbringen.
17. Hatten Sie schon eine Szintigraphie? Ja Nein
Falls Ja: Bitte Befund mitbringen.
18. Hatten Sie schon Herzkatheter? Ja Nein
Falls Ja: Bitte Befund mitbringen.
19. Hatten Sie schon eine CT/MRT des Herzens? Ja Nein
Falls Ja: Bitte Befund mitbringen.