

**II. Medizinische Klinik, Klinikum Coburg
(CA Prof. Dr. med. J. Brachmann)**

Terminvereinbarung zum Kardiovaskulären MRT

(Telefon: 09561 22-6415, Telefax: 09561 22-6490)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:



Hausarzt: _____

Wichtig:

Telefon Pat.: _____

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ambulant Privatversichert |
| <input type="checkbox"/> | Stationär Chefarztwahl |
| <input type="checkbox"/> | Allgemeine Krankenhausleistung |
| <input type="checkbox"/> | Private Zusatzversicherung |

Indikation:

Gewünschte Untersuchung (bitte ankreuzen!)

Herz:

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ischämiediagnostik | <input type="checkbox"/> | Carotis |
| <input type="checkbox"/> | Infarkt / Vitalität | <input type="checkbox"/> | Herzklappen |
| <input type="checkbox"/> | Kongenitale Herzfehler | <input type="checkbox"/> | Nierenarterien/Ablation |
| <input type="checkbox"/> | Kardiomyopathie/Myokarditis | <input type="checkbox"/> | Aorta |
| <input type="checkbox"/> | Tumor | <input type="checkbox"/> | Becken-Beine-Angio |
| <input type="checkbox"/> | Perikarditis | <input type="checkbox"/> | Pulmonalarterien |
| <input type="checkbox"/> | Pulmonalvenen | <input type="checkbox"/> | Vorhofstaging |
| <input type="checkbox"/> | Shuntvitien | | |
| <input type="checkbox"/> | pulmon. Hypertonie | | |
| <input type="checkbox"/> | Herzklappen | | |

Mögliche Untersuchungseinschränkungen (bitte Rücksprache!)

- Keine Untersuchungseinschränkungen**
- Herzschrittmacher, implantierter Defibrillator, Neurostimulator, Gehörimplantate
- Eisenhaltige Metallteile im Körper, z. B. Granatsplitter, Prothesen, Schrauben, Clips...
- Piercings, Tätowierungen, Permanent Make-up
- Herz-Operationen? Kopfoperationen? Wann? Welche? _____
- Nierenfunktion: **Kreatinin** _____ **GFR** _____
- COPD/Asthma (nur Dobutamin Stress möglich) _____
- Allergien _____

Terminwunsch: _____

- Vorstationär (nur mit stationärer Einweisung)
- Ambulant (Privat Versichert)

Datum

Unterschrift / Klinik / Praxisstempel

Terminvergabe Cardio-MRT (intern):

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Dauer: _____ Unterschrift: _____

Terminbestätigung ZBM/ Sekretariat:

- Termin eingetragen?
- Patient informiert?
- Aufnahme informiert?