

Praxisstempel

**ABTEILUNG INNERE MEDIZIN  
KARDIOLOGIE  
Chefarzt  
Prof. Dr. med. M. Lehrke**

**Kardiale Bildgebung**

Cuno-Niggli-Straße 3  
83278 Traunstein

T 0861 - 705- 1268 oder 1242

F 0861 - 705- 1722

E [kardio-bildgebung@kliniken-sob.de](mailto:kardio-bildgebung@kliniken-sob.de)

## Informationsbogen für Zuweiser vor Anmeldung zum Herz-CT

1. GKV-erstattungsfähig sind nur Untersuchungen bei **symptomatischen** Patienten mit einer Vortestwahrscheinlichkeit für eine KHK **zw. 15-50%**
2. über die Mitgabe eines Zuweiserbriefs, falls vorhanden, sind wir dankbar!
3. Kontra-Indikationen für ein Herz-CT sind:
  - a. manifeste Hyperthyreose
  - b. Schwangerschaft
  - c. permanentes VHFimmern / ausgeprägte Arrhythmie im Ruhe-EKG
  - d. bekannte Koronare Herzkrankheit
  - e. Body-Mass-Index >40
4. Anmeldung bitte per Fax oder Email an o.g. Adresse

## Anmeldung zum Herz-CT am Klinikum Traunstein

<b>Patientendaten</b>	Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____ Größe _____ Gewicht _____ Tel.-Nr: _____
<b>Krankenkasse</b>	<input type="checkbox"/> GKV: <input type="checkbox"/> PKV
<b>Fragestellung</b>	<input type="checkbox"/> Vorsorge-Screening <input type="checkbox"/> Ausschluss von Koronarstenosen
<b>Kardiovaskuläre Risikofaktoren</b>	<input type="checkbox"/> Art. Hypertonie <input type="checkbox"/> Nikotinabusus <input type="checkbox"/> Dyslipidämie <input type="checkbox"/> positive Familienanamnese <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<b>Vortestwahrscheinlichkeit</b>	<input type="checkbox"/> < 15% <input type="checkbox"/> 15-50% <input type="checkbox"/> >50%
<b>Symptomatik:</b>	
<b>Kontrastmittel-Allergie:</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Labor (Abnahme &lt;1 Monat vor Anmeldung)</b>	<input type="checkbox"/> Kreatinin: _____ <input type="checkbox"/> TSH _____ <input type="checkbox"/> LDL _____ <input type="checkbox"/> ggf. LpA _____

**ABTEILUNG INNERE MEDIZIN  
KARDIOLOGIE  
Chefarzt  
Prof. Dr. med. M. Lehrke**

**Kardiale Bildgebung**

Cuno-Niggel-Straße 3  
83278 Traunstein

**T** 0861 - 705- 1268 oder 1242

**F** 0861 - 705- 1722

**E** [kardio-bildgebung@kliniken-sob.de](mailto:kardio-bildgebung@kliniken-sob.de)

## Ihr Termin zum Herz CT am Klinikum Traunstein

Sehr geehrter / sehr geehrte PatientIn,

Sie wurden von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin zur kardialen Computertomographie angemeldet:

### Wichtige Dinge, an die Sie denken müssen:

- Bitte planen Sie ca. 1,5h Zeit ein.
- bitte meiden Sie koffeinhaltige Getränke am Untersuchungstag.
- Sie dürfen am Untersuchungstag Frühstück.
- Es gilt keine Einschränkung im Straßenverkehr
- Bringen Sie bitte Ihre Versichertenkarte mit
- Bitte melden Sie sich *mind. 30 Minuten vor Termin in der Patientenaufnahme* im EG an.
- Bitte bringen Sie folgende Laborwerte mit: Kreatinin / TSH / LDL / ggf. LpA (Abnahme <1 Monat vor Anmeldung)

Bei Rückfragen und Unklarheiten melden Sie sich gerne vorab unter oben stehender Telefonnummer.

Wir freuen uns auf Sie!