

Фамилия, имя _____
Дата рождения _____
Адрес _____
Телефон _____ телефакс _____
Эл. почта: _____



РАДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
Хехштадт-на-Айше • Нюрнберг

Телефон: 09193- 50250 • телефакс: 09193-
50250

Контактное лицо: Др. мед. Вилке

МРТ СЕРДЦА - АНКЕТА ПАЦИЕНТА

1. Причина, по которой Вы желаете сделать обследование (возможно несколько ответов):

- Я вхожу в группу риска сердечных заболеваний и хочу тщательным образом обследовать сердце (см. пункт 3).
- Члены моей семьи страдают заболеваниями сердца.
- Я перенес/ла инфаркт и хотел/а бы оценить возможные нарушения работы сердца.
- Я перенес/ла операцию на коронарных сосудах (баллонная дилатация или шунтирование).
- У меня порок сердца.
- У меня расширение аорты (аневризма).
- Прочее: просьба обсудить с нами по телефону.

2. Факторы риска заболеваний сердца (возможно несколько ответов):

- Курите ли Вы нет да
- Повышенный уровень холестерина нет
- да
- Диабет нет да
- Повышенное давление нет да
- Сердечно-сосудистые заболевания в семье
- нет да
- Избыточный вес нет да

3. Отметьте подходящее (возможно несколько ответов)

- Сердечный клапан нет да
- Стимулятор нет да
- спинного мозга
- Слуховой протез нет да
- Металлический нет да
- осколок

..... Просьба сделать копию недавнего анализа крови и прислать ее вместе с этой анкетой.

..... Просьба предоставить результаты ранее проведенных обследований сердца.

Произвольный вопрос:

Сообщите нам, пожалуйста, у какого врача Вы обслуживаетесь (домашний врач, терапевт, кардиолог), чтобы мы при необходимости запросили у него результаты обследований или направили ему результаты наших обследований по Вашему желанию.

Обслуживающий врач:

Телефон

Местонахождение

Дата, подпись пациента
