



Institute of Experimental and Translational Cardiovascular Imaging
University Hospital Frankfurt at Goethe University Frankfurt
Theodor-Stern Kai 7 60596 Frankfurt-am-Main, Germany
Phone: +49 69/6301-84491 Email: cmr@kgu.de

KardioMRT Anforderung

Name: _____

Geburtstag: __ . __ . __

Geschlecht: M W

Anforderungsdatum __ . __ . __

Anfordernder Arzt: _____

Station: _____

Zuständiger Oberarzt: _____

Größe [cm]: ____ Gewicht [kg]: ____ eGFR ____

Indikation/ Symptome / Kurzbefund anderer Untersuchungen:

Fragestellung (Details unten erläutern)

? Vitalität / Hibernation

Ja

Nein

? Ischämie

Ja

Nein

? Kardiomyopathie (Details unten erläutern)

Ja

Nein

? (Peri-) Myokarditis

Ja

Nein

? Klappenerkrankung

Ja

Nein

? Andere / Details: _____

Checkliste:

? Schrittmacher / ICD / CRT Ja

Nein

? metallische Fremdkörper Ja

Nein

? Klaustrophobie

Ja

Nein

? Schwangerschaft

Ja

Nein

? Arrhythmien

VHF >10 VEs/ min

Nein

? Asthma

Ja

Nein

wenn ja bitte erläutern (z.B. Schrittmacherhersteller und Typ, Schwere und Therapie des Asthmas): _____

Wir bitten um Zusendung eines aktuellen EKG- Befundes!

Ansprechpartner für Ergebnisse und Nachfragen: _____ Telefonnummer: _____

Datum / Unterschrift des zuständigen Arztes: _____