

☐ kardiales MRT (ohne Stress) ☐ kardiales Stress-MRT

Patientendaten → von der Praxis auszufüllen:

Name, Vorname:		Geburtsdatum:	
Anschrift:			
Telefonnummer:		Größe:	
Krankenversicherung:		Gewicht:	
Über-/Einweiser:			

Indikation:			
Vorausgegangene Diagnostik:			
Kontraindikation:	Allergie gegen MRT-Kontrastmittel (z. B. Gadolinium)	☐ ja	☐ nein
Einschränkungen der MRT-Fähigkeit vorhanden?	- Klaustrophobie/Panikattacken	☐ ja	☐ nein
	- Herzschrittmacher	☐ ja	☐ nein
	- Metallische oder magnetische Implantate	☐ ja	☐ nein
	- Piercings (nicht entfernbar)	☐ ja	☐ nein
	- schwere Nierenerkrankung	☐ ja	☐ nein
	- Schwangerschaft	☐ ja	☐ nein

Labor: (darf bei Anmeldung nicht älter als 2 Monate sein)

Kreatinin/GFR: _____	Troponin (falls vorhanden): _____
----------------------	-----------------------------------

Aktuelle Medikation

--

kardiales Stress-MRT

Kontraindikation: (entspr. Unterstreichen)	Instabile AP	☐ ja	☐ nein
	Infarkt < 3 Tage, Myokarditis, Endokarditis, Perikarditis	☐ ja	☐ nein
	Schwerer Hypertonus > 220/100 mmHg	☐ ja	☐ nein
	Asthma, schwere COPD	☐ ja	☐ nein
	AV-Block ≥ Grad II	☐ ja	☐ nein
Anforderung EKG Befund		☐ ja	☐ nein

Datum: _____ Stempel und Unterschrift
anmeldender Arzt/Ärztin:

Termin: Datum _____

Bitte senden Sie uns die ausgefüllte Anmeldung und Vorbefunde an:

Klinik für Kardiologie - Chefarzt: Dr. Alexander Becker
Telefon: 02431 89-2336/ Fax: 02431 89-2685
KIM-Adresse: kardiologie-hjk@tsi.kim.telematik
Email: sek-kardiologie@hjk-erkelenz.de

Erstellt von: Sek. Kardiologie	Geändert von: --	Prüfung von: Radiologe RPE	Freigabe von: CA Kardiologie
Erstellt am: 03.07.2026	Geändert am: --	Prüfung am: 29.07.2026	Freigabe am: 29.07.2026