**WYWIAD DO BADANIA** 

**SCYNTYGRAFICZNEGO SERCA**

Uprzejmie prosimy Panią/Pana o podanie poniższych informacji (jeśli one Państwa dotyczą),

które ułatwią nam i przyspieszą opracowanie wyniku badania.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Przebyte i aktualne schorzenia układu sercowo-naczyniowego |  |
| Choroby współistniejące np. astma, POCHP, cukrzyca, hiperlipidemia, nadciśnienie, zatorowość płucna |  |
| Przebyte operacje kardiochirurgiczne np. Bypass, angioplastyka, operacja zastawki i inne – data i rodzaj zabiegu   |  |
| Poprzednie badania serca np. koronarografia, ECHO serca, próba wysiłkowa – jakie i kiedy |  |
| Obecne dolegliwości ze strony układu sercowo-naczyniowego np. ból w klatce piersiowej, duszność, kołatanie serca - jakie i od kiedy Inne dolegliwości - jakie i od kiedy |  |
| Przyjmowane leki  |  |

Data, podpis ………………………………….

Uprzejmie dziękujemy.