

Name des Patienten: _____ Geburtsdatum: _____

Fragestellung / Anamnese:

Medikation:

β-Blocker: Nein Ja
nüchtern: Nein Ja

sonstiges: _____

Herzkatheter: _____

EKG: _____

AP: _____

Watt	P	RR

Adenosin: Nein Ja
GATED SPECT möglich: Nein Ja
COPD ausgeschlossen: Nein Ja