

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	<p style="text-align: center;">Dr.med. Thomas Ebert LANR 306072826 Facharzt für Innere Medizin Schwerpunkt Gastroenterologie Struppener Str. 13 01796 Pirna Tel. 03501/773080 / Fax 03501/711508 BSNR 951937300</p>	
Name, Vorname des Versicherten						geb. am		
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status				
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.		Datum					

Belastungs-EKG

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieser Aufklärungsbogen dient Ihrer Information. Bitte lesen Sie ihn vor dem Aufklärungsgespräch und füllen Sie den Fragebogen aus.

Mit dem Ihnen empfohlenen Belastungs-Elektrokardiogramm (EKG) lässt sich die Leistungsfähigkeit des Herz-Kreislauf-Systems beurteilen; Herzerkrankungen (z.B. Verengungen der Herzkranzgefäße, Herzrhythmusstörungen), die nur unter Belastungsbedingungen nachweisbar sind, können erkannt werden.

Das Belastungs-EKG

Mehrere, mit einem EKG- Aufzeichnungsgerät verbundene Elektroden werden an der Brustwand befestigt. Die schwachen Herztöne werden elektronisch verstärkt und als fortlaufende Kurven auf dem EKG Gerät gespeichert und gleichzeitig auf einem Bildschirm sichtbar gemacht. Im Anschluss der Untersuchung werden die Daten auf einem PC übertragen und vom Arzt ausgewertet.

Zunächst wird ein Ruhe-EKG angefertigt und nachfolgend ein EKG unter körperlicher Belastung. Dazu treten Sie im Sitzen in die Pedalen eines Fahrradergometers, dessen Widerstand stufenweise bis zu Ihrer Belastungsgrenze gesteigert wird.

Während der Belastung wird einmal pro Minute das EKG registriert und alle zwei Minuten der Blutdruck gemessen. In der Erholungsphase wird das EKG noch für kurze Zeit weiter abgebildet und der Blutdruck gemessen.

Risiken und mögliche Komplikationen

Komplikationen sind selten. Sie werden ausschließlich durch die körperliche Belastung verursacht, unter der die Untersuchung durchgeführt wird. Ähnlichen oder stärkeren Belastungen sind Sie auch im Alltag ausgesetzt. Das Risiko ist aber beim Belastungs-EKG viel geringer, da Sie während der gesamten Untersuchung medizinisch überwacht und daher eventuelle Störungen sofort erkannt und behandelt werden.

Manche Patienten empfinden während der Belastung ein Engegefühl in der Brust, das nach Beendigung der Belastung bzw. nach Medikamentengabe rasch verschwindet. Manche Patienten empfinden während der Belastung ein Engegefühl in der Brust, das nach Beendigung der Belastung bzw. nach Medikamentengabe rasch verschwindet. Extraschläge des Herzens (Extrasystolen) oder andere Herzrhythmusstörungen, die während oder kurz nach der Untersuchung auftreten können, klingen in der Regel von selbst ab. Eine Behandlung mit Medikamenten ist nur selten erforderlich.

In seltenen Fällen kann es zu einem Kreislauf-Kollaps kommen, der in der Regel durch Flachlagerung behoben werden kann.

Lebensbedrohliche Komplikationen, z.B. Herzinfarkt, schwerwiegende Herzrhythmusstörungen, die einer sofortigen Behandlung (z.B. Defibrillation) bedürfen, oder Wasseransammlungen in der Lunge (Lungenstauung), sind extrem selten; sie treten nur auf, wenn das Herz bereits schwer geschädigt ist.

Bitte fragen Sie Ihren Arzt nach allem, was Sie wissen möchten.

Bitte unbedingt beachten! – Sofern ärztlich nicht anders angeordnet!

Ausreichend lange vor der Untersuchung müssen bestimmte Herz-Kreislauf-wirksame Medikamente abgesetzt werden, da sie das Untersuchungsergebnis verfälschen können. Bitte sprechen Sie mit Ihrem Arzt darüber.

Sportlich bequeme Kleidung ist für die Untersuchung zu empfehlen.

Atemnot, Schwindel, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust sowie andere Beschwerden während oder nach der Untersuchung bitte sofort dem Arzt mitteilen!

Ort, Datum, Uhrzeit

Arzt/ Stempel

Patient:

Dr. Thomas Ebert

Burglehnweg 11

01796 Pirna

Fragebogen (Anamnese)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen, bzw. ergänzen.

1. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? nein ja
Herz-Kreislaufmedikamente oder Medikamente gegen hohen Blutdruck? nein ja

Wenn ja, welche? _____

2. Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen?

Herz:

Angina pectoris (Brustenge), Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörungen, nein ja
Herzschwäche, Atemnot bei Belastung, Herzmuskelentzündung, Wiederbelebung
Eingriffe am Herzen (z.B. Operationen, Ballon-Dilatation mit oder ohne Stent-Implantation),

oder: _____

Tragen Sie einen Herzschrittmacher, interne Defibrillatoren (ICD) oder eine künstliche Herzklappe? nein ja
(Falls Sie einen Herzschrittmacherausweis besitzen, bitte vorlegen.)

Kreislauf:

hoher oder niedriger Blutdruck nein ja

oder: _____

Andere Erkrankungen:

z.B. Schlaganfall, Diabetes, Durchblutungsstörungen der Beine, nein ja
Erkrankungen von Wirbelsäule, Hüft- oder Knie- bzw. Fußgelenken,
Beinvenenthrombosen, Infektion

oder: _____

3. Leiden Sie zur Zeit an einer Erkältungskrankheit/Grippe? nein ja

4. Rauchen Sie? nein ja

Wenn ja, was und wieviel? _____

5. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? nein ja

Wenn ja, was und wieviel? _____

Dokumentation der Aufklärung und der Einwilligung

Vermerke des Arztes _____ zum Aufklärungsgespräch:

Erörtert wurden z.B. Ziel der Untersuchung, das Verfahren, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden, Risiken und mögliche Komplikationen, risikoe erhöhende Besonderheiten und Verhaltenshinweise.

Folgende Untersuchung ist vorgesehen:

Belastungs-EKG.

Vorgesehener Untersuchungstermin (Datum): _____

Ort, Datum,

Arzt/Stempel

Einwilligung

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich bin ausreichend informiert, habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt und benötige keine weitere Überlegungsfrist.

Ich willige in die oben vermerkte Untersuchung ein.

Den Fragebogen (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt. Die Verhaltenshinweise werde ich beachten.

Eine Kopie des Aufklärungsbogens benötige ich

Eine Kopie des Aufklärungsbogens benötige ich **nicht**

Ort, Datum

Patient/Patientin/Sorgeberechtigter

Arzt/ Stempel

Ablehnung

Ich willige in die vorgeschlagene Untersuchung nicht ein. Ich wurde nachdrücklich darüber aufgeklärt, dass sich dadurch Diagnose und Behandlung einer etwaigen Herzerkrankung erheblich verzögern und erschweren können, falls keine andere Untersuchungsmethode in Betracht gezogen wird.

Ort, Datum

Patient/Patientin/Sorgeberechtigter

Arzt/Stempel