

Name:

Fallnummer:

Alter:

Ort:

Klinik:



n.b. = nicht beurteilbar

Grad der Stenose (in % / WUR=Wandunregelmäßigkeit)

Gefäß	o.p.B.	WUR-25%	26-50%	51-75%	76-90%	91-99%	100%	nicht angelegt	n.b.
RCA und Äste:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
proximale RCA (1):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mittlere RCA (2):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
distale RCA (3):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
posterior-descendierende RCA (4):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stenostyp RCA:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> WUR	<input type="checkbox"/> A kurzstreckig <1cm	<input type="checkbox"/> B tubulär 1-2cm	<input type="checkbox"/> C langstreckig > 2cm				

LM/LCA-Hauptstamm (5):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Gefäß	o.p.B.	WUR-25%	26-50%	51-75%	76-90%	91-99%	100%	nicht angelegt	n.b.
LAD/RIVA und Äste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
proximale RIVA/LAD (6):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mittlere RIVA/LAD (7):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
distale RIVA/LAD (8):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Diagonalast/D1 (9):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Diagonalast/D2 (10):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stenostyp LAD/RIVA:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> WUR	<input type="checkbox"/> A kurzstreckig <1cm	<input type="checkbox"/> B tubulär 1-2cm	<input type="checkbox"/> C langstreckig > 2cm				

Gefäß	o.p.B.	WUR-25%	26-50%	51-75%	76-90%	91-99%	100%	nicht angelegt	n.b.
RCX/LCX und Äste:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
proximale RCX/LCX (11):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Marginalast / OM (12):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
distale RCX/LCX (13):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
posterior-lateral marginal/PL (14):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
posterior-descendierende RCX/PD (15):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stenostyp RCX/LCX:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> WUR	<input type="checkbox"/> A kurzstreckig <1cm	<input type="checkbox"/> B tubulär 1-2cm	<input type="checkbox"/> C langstreckig > 2cm				

Versorgungs-Typ:	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> ausgeglichen	<input type="checkbox"/> n. b.
Gefäßvarianten:	<input type="checkbox"/> normale Anatomie	<input type="checkbox"/> Gefäßvariante		
Lävokardiographie:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	(fakultativ, evtl. falls Echokardiographie nicht aussagefähig)	

Weitere Messungen/Bemerkung:

Name:

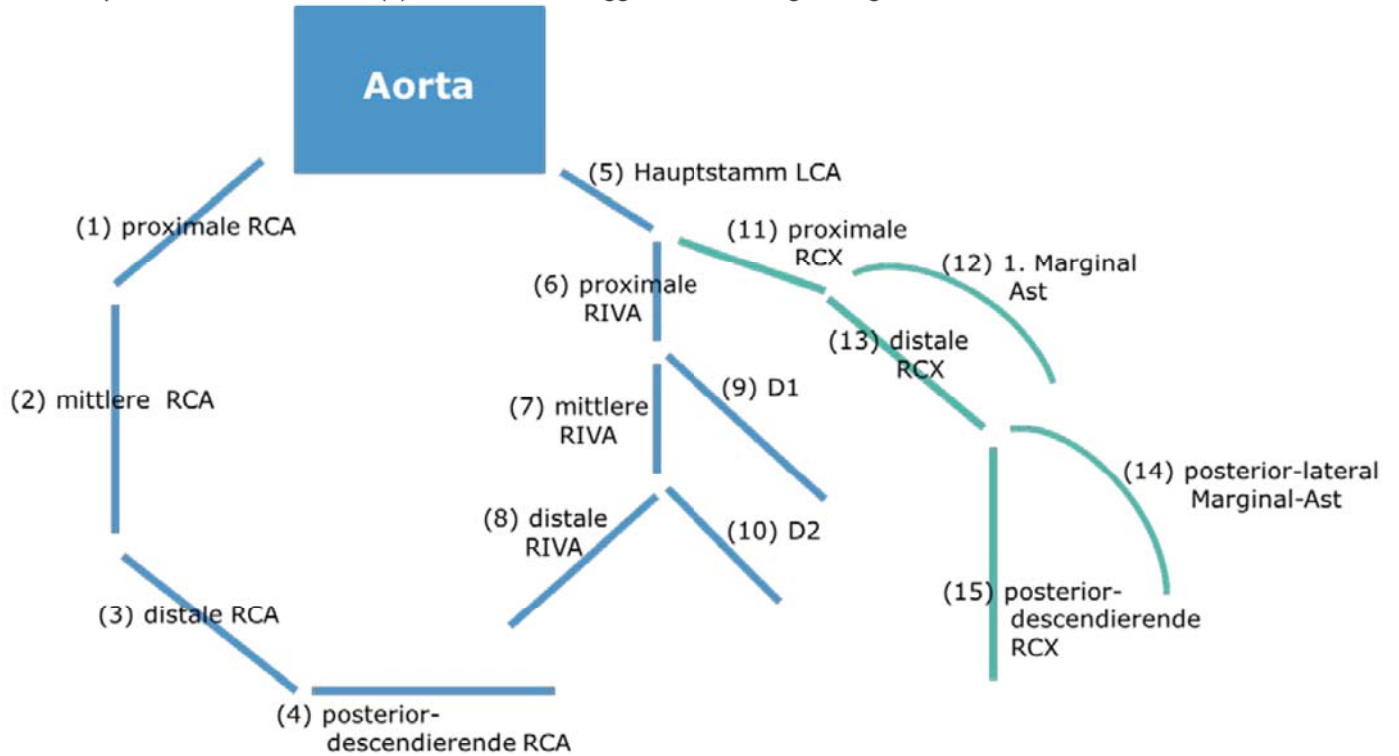
Fallnummer:

Alter:

Ort:

Klinik:

Bei Komplexen Befunden Stenose(n) Lokalisation usw. ggf. auf Zeichnung eintragen:



Untersucher

Datum und Uhrzeit der Untersuchung

Erstellungsdatum: