

[Patientenname], [Geb.datum]



Um mögliche Nebenwirkungen festzustellen, bitten wir Sie, die folgenden Fragen durch Ankreuzen zu beantworten:

Größe:kg		Gewicht:cm	
Haben Sie einen Herzschrittmacher?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine der folgenden Untersuchungen schon einmal gehabt?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<ul style="list-style-type: none"> • Nierenröntgen (IVU) • Darstellung der Beinvenen (Phlebographie) • Gefäßröntgen (Angiographie / Cardangiographie) • Computertomographie (CT) 		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Traten nach Kontrastmittelverabreichung Nebenwirkungen auf?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<ul style="list-style-type: none"> • Übelkeit / Erbrechen / Atemnot • Asthma/ Kurzatmigkeit • Hautausschlag • Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit • Schüttelfrost • Sonstiges: 		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<ul style="list-style-type: none"> • HIV oder Hepatitis C • Asthma? • Allergien? Welche: • des Herzens? • der Niere oder Nebenniere? • der Schilddrüse? • M. Kahler (multiples Myelom)? • Diabetes? • Welche Medikamente nehmen Sie in Bezug auf oben genannte Erkrankungen? → Metforminhaltige Medikamente sollten 48 Stunden vor der Untersuchung abgesetzt werden → „Calcium-Antagonisten“ sollten 72 Stunden vor der Untersuchung, nach Rücksprache mit den behandelnden Arzt, abgesetzt werden 		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Für Frauen:			
Sind Sie schwanger?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Stillen Sie?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. In einem persönlichen Gespräch sind meine weiteren Fragen ausreichend beantwortet worden. **Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu.**

Datum

Unterschrift Patient:in/ gesetzl. Vertreter:in

[Patientenname], [Geb.datum]



Erstuntersuchung? <ul style="list-style-type: none"> • Therapie seit der letzten Untersuchung: • Vorbefunde vorhanden? • Vorbilder eingespielt? 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Trauma? Wann Was	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tumor? <input type="checkbox"/> Operiert am	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Therapie? <input type="checkbox"/> Chemo <input type="checkbox"/> Immun <input type="checkbox"/> Hormon <input type="checkbox"/> Radiatio <input type="checkbox"/> Antikörper <input type="checkbox"/> Andere	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Niere / Nebennieren operiert? <input type="checkbox"/> Zyste <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Doppelnieren <input type="checkbox"/> Stein <input type="checkbox"/> Insuffizient <input type="checkbox"/> Mikro/Makrohämaturie.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzoperation? <input type="checkbox"/> Stent <input type="checkbox"/> Bypass <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüse operiert? <input type="checkbox"/> Hashimoto <input type="checkbox"/> Resektion <input type="checkbox"/> Teilresektion <input type="checkbox"/> Adenom <input type="checkbox"/> Struma <input type="checkbox"/> Euthyrox <input type="checkbox"/> Thiamazol <input type="checkbox"/> Thyrex <input type="checkbox"/> Andere	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie? Wie viele? Seit wann nicht mehr?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Appendektomie Cholezystektomie Hysterektomie Ovariectomie Prostatektomie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Vom DZB auszufüllen:

_____	_____
Unterschrift Arzt/Ärztin	Unterschrift MTD
Blutbefund: Krea:ml/dl	GFR: TSH:µU/ml
Datum Blutbefund:	
KM-Allergie <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Prophylaxe:
Venflon: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	gelegt von:
KM:	