

[Patientenname], [Geb.datum]



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

| | |
|--|---|
| Gewicht:kg | Größe:cm |
| Haben Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie eine der folgenden Untersuchungen schon einmal gehabt? <ul style="list-style-type: none"> • Nierenröntgen (IVU) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein • Darstellung der Beinvenen (Phlebographie) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein • Gefäßröntgen (Angiographie / Cardangiographie) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein • Computertomographie (CT) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Traten nach Kontrastmittelverabreichung Nebenwirkungen auf? <ul style="list-style-type: none"> • Übelkeit / Erbrechen / Atemnot <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein • Asthma/ Kurzatmigkeit <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein • Hautausschlag <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein • Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein • Schüttelfrost <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein • Sonstiges: | |
| Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt? <ul style="list-style-type: none"> • HIV oder Hepatitis C <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein • Asthma? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein • Allergien? Welche: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein • des Herzens? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein • der Niere oder Nebenniere? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein • der Schilddrüse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein • M. Kahler (multiples Myelom)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein • Diabetes? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein • Welche Medikamente nehmen Sie in Bezug auf oben genannte Erkrankungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein → 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 | |
| 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: | |



[Patientenname], [Geb.datum]



| Herz | |
|---|---|
| Brustschmerzen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Luftnot | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzstolpern | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzklappenfehler | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herz-/ Gefäßerkrankungen in der Familie bekannt? Wer? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Sonstige Herzerkrankungen? Welche? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Operation | |
| Herzoperation? Welche: | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Implantate im Herzen? Welche: | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzkatheter? Welcher: | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Vom DZB auszufüllen:

| Uhrzeit | RR | Puls |
|---------|----|------|
| | | |
| | | |
| | | |

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