



Name:

Geburtsdatum:

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

☐ Ja ☐ Nein	Haben Sie einen Herzschrittmacher?
Haben Sie eine der folgenden Untersuchungen schon einmal gehabt?	
☐ Ja ☐ Nein	Nierenröntgen (IVU)
☐ Ja ☐ Nein	Darstellung der Beinvenen (Phlebographie)
☐ Ja ☐ Nein	Gefäßröntgen (Angiographie / Cardangiographie)
☐ Ja ☐ Nein	Computertomographie (CT)
Traten nach Kontrastmittelverabreichung Nebenwirkungen auf?	
☐ Ja ☐ Nein	Übelkeit / Erbrechen / Atemnot
☐ Ja ☐ Nein	Asthma/ Kurzatmigkeit
☐ Ja ☐ Nein	Hautausschlag
☐ Ja ☐ Nein	Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit
☐ Ja ☐ Nein	Schüttelfrost
Sonstiges:	
Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?	
☐ Ja ☐ Nein	HIV
☐ Ja ☐ Nein	Hepatitis C
☐ Ja ☐ Nein	Asthma
☐ Ja ☐ Nein	Allergien? Welche:.....
☐ Ja ☐ Nein	Herz
☐ Ja ☐ Nein	Niere oder Nebenniere
☐ Ja ☐ Nein	Schilddrüse
☐ Ja ☐ Nein	M. Kahler (multiples Myelom)
☐ Ja ☐ Nein	Diabetes
Welche Medikamente nehmen Sie in Bezug auf oben genannte Erkrankungen?	
Für Frauen:	
☐ Ja ☐ Nein	Sind Sie schwanger?
☐ Ja ☐ Nein	Stillen Sie?

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

Unterschrift Arzt/Ärztin		Unterschrift MTD	
Blutbefund:	Krea: ml/dl	GFR:	TSH: µU/ml
Datum Blutbefund:			
KM-Allergie	☐ Ja ☐ Nein	Prophylaxe:	
Venflon:	☐ Ja ☐ Nein	gelegt von:	
KM:			