



Name:

Geburtsdatum:

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

Größe:cm

Gewicht:kg

☐ 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?

.....

→ Metforminhaltige Medikamente sollten 48 Stunden vor der Untersuchung abgesetzt werden

→ „Calcium-Antagonisten“ sollten 72 Stunden vor der Untersuchung, nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt, abgesetzt werden

Für Frauen:

☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie schwanger?

☐ Ja ☐ Nein

Stillen Sie?

Bitte wenden!



Name:

☐ Ja ☐ Nein	Trauma Wann Was	
☐ Ja ☐ Nein	Tumor Operiert am	
☐ Ja ☐ Nein	Therapie	
☐ Chemo	☐ Immun	☐ Hormon
☐ Bestrahlung	☐ Antikörper	☐ Andere
☐ Ja ☐ Nein	Erstuntersuchung	
☐ Therapie seit der letzten Untersuchung:		
☐ Vorbefunde vorhanden?		
☐ Vorbilder eingespielt?		
☐ Ja ☐ Nein	Niere / Nebennieren operiert	
☐ Zyste	☐ Dialyse	☐ Doppelnieren
☐ Stein	☐ Nierenversagen.....	☐ Blut im Harn
☐ Ja ☐ Nein	Herzoperation	
☐ Stent	☐ Bypass	☐ Herzschrittmacher
☐ Ja ☐ Nein	Schilddrüse operiert	
☐ Hashimoto	☐ Resektion	☐ Teilresektion
☐ Knoten	☐ Kropf	☐ Euthyrox
☐ Thiamazol	☐ Thyrex	☐ Andere
☐ Ja ☐ Nein	Rauchen Sie? Wie viele Seit wann nicht mehr	
☐ Ja ☐ Nein	Appendektomie / Entfernung des Blinddarms	
☐ Ja ☐ Nein	Cholezystektomie / Entfernung der Gallenblase	
☐ Ja ☐ Nein	Hysterektomie / Entfernung der Gebärmutter	
☐ Ja ☐ Nein	Ovarektomie / Entfernung des Eierstockes	
☐ Ja ☐ Nein	Prostatektomie / Entfernung der Prostata	

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

Vom DZB auszufüllen:

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:			