

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?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | 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) |

Traten nach Kontrastmittelverabreichung Nebenwirkungen auf?

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | 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 |
- Sonstiges:

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

- | | |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | HIV |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | 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 | Herz |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Niere oder Nebenniere |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | M. Kahler (multiples Myelom) |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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: