



Name:

Geburtsdatum:

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

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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:	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sind Sie schwanger?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Prophylaxe:	
Venflon:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	gelegt von:	
KM:			