

[Patientenname], [Geb.datum]



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

des Herzens

Ja Nein

der Niere oder Nebenniere

Ja Nein

der 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 nach 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!

[Patientenname], [Geb.datum]



<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Trauma Wann	Was	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Tumor 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"/> Bestrahlung	<input type="checkbox"/> Antikörper	<input type="checkbox"/> Andere
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Erstuntersuchung		
	<input type="checkbox"/> Therapie seit der letzten Untersuchung:		
	<input type="checkbox"/> Vorbefunde vorhanden?		
	<input type="checkbox"/> Vorbilder eingespielt?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Niere / Nebennieren operiert		
	<input type="checkbox"/> Zyste	<input type="checkbox"/> Dialyse	<input type="checkbox"/> Doppelniere
	<input type="checkbox"/> Stein	<input type="checkbox"/> Nierenversagen.....	<input type="checkbox"/> Blut im Harn
<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"/> Knoten	<input type="checkbox"/> Kropf	<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 / Entfernung des Blinddarms		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Cholezystektomie / Entfernung der Gallenblase		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hysterektomie / Entfernung der Gebärmutter		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ovarektomie / Entfernung des Eierstocks		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Prostatektomie / Entfernung der Prostata		

Bitte wenden!

[Patientenname], [Geb.datum]



Herz

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

Operation

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Herzoperation? Welche: |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Implantate im Herzen? Welche: |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Herzkatheter? Welcher: |

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:

Uhrzeit	RR	Puls

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: