

[Patientenname], [Geb.datum]



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

<p>Haben Sie eine der folgenden Untersuchungen schon einmal gehabt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nierenröntgen (IVU) • Darstellung der Beinvenen (Phlebographie) • Gefäßröntgen (Angiographie / Cardangiographie) • Computertomographie (CT) 	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Traten nach Kontrastmittelverabreichung Nebenwirkungen auf?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Übelkeit / Erbrechen / Atemnot/ Würgegefühl • Asthma/ Kurzatmigkeit • Hautausschlag • Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit • Schüttelfrost • Sonstiges: 	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • HIV oder Hepatitis C • Asthma? • Allergien? Welche: • des Herzens? • der Niere oder Nebenniere? • der Schilddrüse? • M. Kahler (multiples Myelom)? • Diabetes? • Welche Medikamente nehmen Sie in Bezug auf oben genannte Erkrankungen? 	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Für Frauen:</p>	
<p>Sind Sie schwanger?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Stillen Sie?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

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

<p>_____ Unterschrift Arzt/Ärztin</p>	<p>_____ Unterschrift MTD</p>
<p>Blutbefund: Krea:ml/dl</p>	<p>GFR: TSH:µU/ml</p>
<p>Datum Blutbefund:</p>	<p>Prophylaxe:</p>
<p>KM-Allergie <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>gelegt von:</p>
<p>Venflon: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>_____</p>
<p>KM:</p>	<p>_____</p>