



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

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 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:

Geburtsdatum:

<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"/> Doppelnieren
<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 Eierstockes
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Prostatektomie / Entfernung der Prostata

Bitte wenden!



Name:

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