

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

1.) **Für Frauen:** Sind Sie schwanger?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Stillen Sie gerade?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

2.) **Haben Sie schon einmal eine dieser Untersuchungen gehabt?**

Nierenröntgen (Urographie, IVP)  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Computertomografie (CT)  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Darstellung der Beinvenen (Phlebographie)  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Gefäßröntgen (Angiographie / Herzkatheter)  Nein  Ja \_\_\_\_\_

3.) **Traten bei Ihnen nach der Gabe von Kontrastmittel Nebenwirkungen auf (z.B.: Übelkeit/Erbrechen/Würgegefühl, Asthmaanfall/Atemnot, Hautausschlag, Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit, Schüttelfrost)?**

Wenn ja, welche?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

4.) **Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?**

Allergien, die einer Behandlung bedürfen?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

des Herzens?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

der Niere / Nebenniere?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Schilddrüsenüberfunktion?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Zuckerkrankheit?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie? \_\_\_\_\_

Myasthenia gravis?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

(eine spezielle Form der Muskelschwäche)

5.) **Tragen Sie einen Herzschrittmacher?**  Nein  Ja Fabrikat: \_\_\_\_\_

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text des mir überreichten Aufklärungsblattes gelesen und verstanden habe. Ich habe die Fragen dieses Formulars nach bestem Wissen beantwortet. Allfällige Fragen meinerseits wurden mir ausreichend erklärt. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu.

Datum:

Unterschrift d. Patienten / gesetzlichen Vertreters: