

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: