Persönliche Angaben

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name** |  | **Vorname** |  | |
| **Geburtsdatum** |  |  | |  |
| **Grösse** | **cm** |  | |  |
| **Gewicht** | **kg** |  | |  |

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw unterstreichen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | Wurde Ihnen schon einmal Kontrastmittel über die Vene verabreicht? | ja | nein |
|  | Wenn ja: Haben Sie dieses gut vertragen? | ja | nein |
| **2.** | Haben Sie Allergien? | ja | nein |
|  | Wenn ja: Welche? |  |  |
| **3.** | Leiden Sie an einer Nierenerkrankung? | ja | nein |
| **4.** | Haben Sie Asthma? | ja | nein |
| **5.** | Sind Sie zuckerkrank (Diabetes Mellitus)? | ja | nein |
| **6.** | Haben Sie eine Erkrankung der Schilddrüse? | ja | nein |
| **7.** | Für Frauen im gebärfähigen Alter: |  |  |
|  | Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? | ja | nein |
|  | Stillen Sie? | ja | nein |
|  |  |  |  |

**Voraufnahmen**

Wurde bei Ihnen schon einmal ein MRI / CT / Röntgen / Ultraschall der zu untersuchenden Region durchgeführt?                 **Ja**                 **Nein**

Falls JA: Wann war die Untersuchung und welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name des Instituts / Spitals \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kreatinin:**