

Persönliche Angaben

Name		Vorname	
Geburtsdatum			
Grösse		cm	
Gewicht		kg	

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. unterstreichen

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

Voraufnahmen

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Voraufnahme **der zu untersuchenden Region** durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein

Falls JA: Wann war die Untersuchung und welche? _____

Name des Instituts / Spitals _____

Kreatinin:

Datum: _____ Unterschrift Patient: _____