

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. Haben Sie Diabetes? ja nein
 Wenn ja: Nehmen Sie Metformin? 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 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: _____