

Name:

- | 1. Haben Sie eine der folgenden Untersuchungen schon einmal gehabt? | | | Anmerkung |
|---|-------------------------------|-----------------------------|-----------|
| ■ Nierenröntgen (i.v. Urografie) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| ■ Computertomographie (CT) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| ■ Darstellung der Beinvenen (Phlebographie) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| ■ Gefäßröntgen (Angiographie/Kardangiographie) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |

- | 2. Traten nach Kontrastmittelverabreichung Nebenwirkungen auf? | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| Wenn ja, welche? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| ■ Übelkeit / Erbrechen / Würgegefühl | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| ■ Asthmaanfall / Atemnot | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| ■ Hautausschlag | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| ■ Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| ■ Schüttelfrost | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |

- | 3. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt ? | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| ■ Asthma ? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| ■ Allergien, die einer Behandlung bedürfen ? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| ■ des Herzens ? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| ■ der Niere / Nebenniere ? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| ■ der Schilddrüse ? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| ■ Zuckerkrankheit ? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| ■ Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie? | | | |

- | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| ■ M. Kahler (multiples Myelom) ? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------|

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| 4. Könnten Sie schwanger sein ? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------|

5. **Gewicht:** **Größe:**

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. **Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu.** In einem persönlichen Gespräch sind meine weiteren Fragen ausreichend beantwortet worden.



Unterschrift der/des Patientin/en bzw. des gesetzlichen Vertreters

Name und Unterschrift des/des Arztes/in

Datum / Uhrzeit

Name und Unterschrift des /der MTD



Wir bitten Sie, dieses Formular vor der Untersuchung dem/der Assistenten/in zu übergeben

Ärztliche Anmerkung zum Aufklärungsgespräch:	Name des/der Patienten/in:
.....	
.....	
Der Patient stimmt der Untersuchung zu	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Im Fall der Ablehnung der Untersuchung wurde der/die Patient/in über die sich ergebenden möglichen Nachteile informiert.	
.....	