

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?<br>Wenn ja, welche? |                               |                             |       |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| ■ 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**

<b>Ärztliche Anmerkung zum Aufklärungsgespräch:</b>	<b>Name des/der Patienten/in:</b>
.....	
.....	
<b>Der Patient stimmt der Untersuchung zu</b>	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.	
.....	