

## KONTRASTMITTEL-FRAGEBOGEN

<b>Name:</b>	<b>Größe:</b>	<b>Kreatinin:</b> ( vom Personal auszufüllen)
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Gewicht:</b>	<b>TSH:</b> ( vom Personal auszufüllen)
<b>Telefonnummer :</b>		
Besteht eine Jodallergie?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Haben sie Heuschnupfen oder Astma?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Nahrungsmittel?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sind oder waren Sie Raucher? Wenn ja: <input type="radio"/> Zigarette <input type="radio"/> E-Zigarette <input type="radio"/> Wie lange?/ Wie viel?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wurde bei einer früheren Untersuchung schon einmal Kontrastmittel gespritzt? (z.B. Untersuchung der Niere, der Galle, der Beinvenen)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Hatten sie dabei Juckreiz, Ausschlag oder eine Kreislaufreaktion ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? Welche?                                    Nehmen Sie dafür Medikamente ein?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Besteht eine Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV o.ä.)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Besteht eine Herzerkrankung (hoher Blutdruck, Herzfehler)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Besteht eine Nierenerkrankung (Steine, Dialyse, hohe Kreatinin -oder Harnsäurewerte)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Hatten sie bereits Operationen oder Krebserkrankungen? Welche? Haben Sie Stents?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sind Sie Diabetiker? Wenn ja: <input type="radio"/> Tabletten <input type="radio"/> Spritzen <input type="radio"/> Diät	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
<u>Bei Frauen:</u> Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
<b>Die von uns benutzen Kontrastmittel zur intravenösen Injektionen sind im allgemeinen gut verträglich. Nach einer Untersuchung mit Kontrastmittel sollten Sie viel trinken. Das fördert die Ausscheidung des Kontrastmittels. Wenn Sie noch weitere Fragen haben zu möglichen Nebenwirkungen und Risiken, fragen Sie bitte den untersuchenden Arzt.</b>		
Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden.	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Ich bin mit der Informationsübermittlung an den überweisenden Arzt einverstanden.	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Ich bin mit einer intravenösen Kontrastmittelgabe einverstanden?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn Sie <b>nicht</b> mit Ihrem Namen aufgerufen werden wollen, wenden Sie sich bitte an die Anmeldung!		
Sind Sie gegen Covid 19 geimpft? Wenn ja, wann ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Haben Sie im Moment einen fieberhaften oder Corona Infekt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

**Datum/Unterschrift** (Patient/Sorgeberechtigter):

**Arzt:**

Wir nehmen den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst und halten uns an die DSGVO, diese hängt im Wartezimmer zur Kenntnisnahme für Sie aus.