Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für die heutige Untersuchung und eine eventuell erforderliche Kontrastmittelgabe bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen gründlich auszufüllen.

***Bitte halten Sie ihre Versicherungskarte an der Anmeldung bereit.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname: |  | Geb.Dat.: |  |
|  |  |  |  |
| Telefonnummer: |  | Hausarzt: |  |

1. Ist ein ***stationärer Krankenhausaufenthalt*** geplant? O Ja O Nein

Hat ein stationärer Krankenhausaufenthalt in den letzten 3 Monaten stattgefunden? O Ja O Nein

Wenn ja, wann und wo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Wurden bei Ihnen schon ***Untersuchungen mit Kontrastmittel*** durchgeführt? O Ja O Nein

Wenn ja, traten Nebenwirkungen auf? O Ja O Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ist bei Ihnen eine ***Schilddrüsenüberfunktion*** bekannt? O Ja O Nein
2. Besteht eine ***Nierenerkrankung***? O Ja O Nein
3. Besteht eine ***Zuckererkrankung***? O Ja O Nein
4. Wenn ja, nehmen Sie ***Metforminpräparate*** (Zuckermedikament) ein? O Ja O Nein
5. Wurde Ihnen ein ***Herzschrittmacher*** oder eine ***Herzklappe*** implantiert? O Ja O Nein
6. Haben Sie ***Metallteile im Körper*** z.B. Gefäßclips, Hüftprothese? O Ja O Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Tragen Sie ein ***Hörgerät***? O Ja O Nein
2. ***Für Frauen im gebärfähigen Alter:***

Könnten Sie schwanger sein? O Ja O Nein

Stillen Sie? O Ja O Nein

Hildesheim, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Unterschrift Patientin / Patient\**

*\* Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten.*