

Medizinisches Versorgungszentrum  
**Radiologie und Nuklearmedizin Hildesheim**

Dr. H.-W. Sölter - Dr. T. Wegmann - Dr. J. Riechmann – Dr. A. Reichwaldt – A. Bernhard – Dr. M. Brockhaus – D. Regenbrecht

---

Sehr geehrte(r)

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

Name, Vorname:

Geburtstag:

Telefon:                   oder

Hausarzt:

1. Bitte geben Sie ihr **Körpergewicht und Körpergröße** an: ?? kg, ?? cm
2. Ist ein **stationärer Krankenhausaufenthalt** geplant O Ja O Nein  
Hat ein station. Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 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? \_\_\_\_\_
2. Ist bei Ihnen eine **Schilddrüsenüberfunktion** bekannt? O Ja O Nein
3. Besteht eine **Nierenerkrankung**? O Ja O Nein
4. Besteht eine **Zuckererkrankung**? O Ja O Nein
5. Wenn ja, nehmen Sie **Metforminpräparate** (Zuckermedikament) ein? O Ja O Nein
6. Wurde Ihnen ein **Herzschrittmacher** oder eine **Herzklappe** implantiert? O Ja O Nein
7. Haben Sie **Metallteile im Körper** z.B. Gefäßclips, Hüftprothese? O Ja O Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
8. Tragen Sie ein **Hörgerät**? O Ja O Nein
9. Sind Sie mit einer ggf. **notwendigen Kontrastmittelgabe** durch MTA/MFA/Arzt O Ja O Nein  
einverstanden? (Entzündungen, Tumore etc. können evtl. besser erkannt werden)
1. **Für Frauen im gebärfähigen Alter:**  
Könnten Sie schwanger sein? O Ja O Nein  
Stillen Sie? O Ja O Nein

Ich bin damit einverstanden, daß etwaige Aufnahmen/Vorbefunde anderer ärztlicher Kollegen (zur Ermittlung der Ursache meiner Beschwerden oder zur Verlaufsbeurteilung) zum Vergleich zur Verfügung gestellt werden und andererseits von anderen Kollegen zum gleichen Zweck angefordert werden können und entbinde die Ärzte in diesem Fall von der Schweigepflicht.

Hildesheim, den ??

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin / Patient\*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt

\* Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten.