

Radiologie und Nuklearmedizin Hildesheim GmbH

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

**Barcode-label
(NICHT BEACHTEN)**

Sehr geehrte(r) _____,

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

Name, Vorname: _____

Geburtstag: _____

Telefon/Mail: _____

Hausarzt: _____

Bitte geben Sie ihr **Körpergewicht** und **Körpergröße** an: _____ kg, _____ cm

1. Ist ein **stationärer Krankenhausaufenthalt** geplant bzw. liegen Sie Stationär? Ja Nein

Hat ein Krankenhausaufenthalt und/oder eine Operation stattgefunden? Ja Nein

Wenn ja, wann und wo? _____

2. Wurden bei ihnen schon **Untersuchungen mit Kontrastmittel** durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, traten Nebenwirkungen auf? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

3. Ist bei ihnen eine **Schilddrüsenüberfunktion** bekannt? Ja Nein

4. Besteht eine **Nierenerkrankung**? Ja Nein

5. Besteht eine **Zuckererkrankung**? Ja Nein

6. Wenn ja, nehmen Sie **Metforminpräparate** (Zuckermedikament) ein? Ja Nein

7. Wurde Ihnen ein **Herzschrittmacher** oder eine **Herzklappe** implantiert? Ja Nein

8. Haben Sie **Metallteile im Körper** z.B. Gefäßclips, Hüftprothese? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

9. Haben Sie eine infektiöse Erkrankung (HIV etc.)? _____ Ja Nein

10. Tragen Sie ein **Hörgerät**? Ja Nein

11. Sind Sie mit einer ggf. **notwendigen Kontrastmittelgabe** durch MT/MFA/Arzt Ja Nein

einverstanden? (Entzündungen, Tumore können sonst ggf. Nicht erkannt werden)

Für Frauen im gebärfähigen Alter:

1. Könnten Sie schwanger sein? Ja Nein

2. Stillen Sie? Ja 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 von anderen Kollegen zum gleichen Zweck angefordert werden können und entbinde die Ärzte in diesem Fall von der Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass ich die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Hildesheim, den _____

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Arzt/in