



SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,  
UM EINE REIBUNGSLOSE UNTERSUCHUNG GEWÄHRLEISTEN ZU KÖNNEN, BENÖTIGEN WIR IHRE MITHILFE.  
BITTE BEANTWORTEN SIE UNS FOLGENDE FRAGEN. VIELEN DANK

Name, Vorname

Geb. Datum

Krankenkasse

PLZ, Wohnort

Straße, Nr.

Telefon-/ Mobilnummer

## ANGABEN ZU BESTEHENDEN RISIKEN

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja  Nein

Traten bei früheren Untersuchungen mit Kontrastmittel Reaktionen  
auf (z.B. Hautausschlag, Atemnot, Kreislaufversagen) Ja  Nein

Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**? Ja  Nein

Befinden sich Implantate, eine Medikamentenpumpe oder andere Fremdkörper aus  
Metall in Ihrem Körper? Ja  Nein

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

Körpergröße

Körpergewicht

### Für Frauen im gebärfähigen Alter:

Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie derzeit? Ja  Nein

Tragen Sie eine Spirale (Kupfer – oder Hormon)? Ja  Nein

## ANGABEN MÖGLICHER ERKRANKUNGEN

Ist eine Schilddrüsenerkrankung bekannt? Ja  Nein

Wenn ja, welche SD - Medikamente nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_

Ist eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt? Ja  Nein

Besteht bei Ihnen eine übertragbare Infektionskrankheit?  
(z.B. Hepatitis, HIV, TBC) Ja  Nein

Ist bei Ihnen eine Lebererkrankung bekannt? Ja  Nein

Leiden Sie unter der Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) Ja  Nein

Wenn ja, welche Diabetes - Medikamente nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in, ggf. Betreuer,  
Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen

MFA/MTRA/Arzt