



RADIOLOGIE ZENTRUM NEU-ULM

GEMEINSCHAFTSPRAXIS

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.

Telefonnummer

Mobilfunknummer

E-Mail-Adresse

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

Auf Wunsch können Sie eine Kopie zum Mitnehmen der Aufklärungs- und Einwilligungsbögen an der Anmeldung erhalten.