

## Röntgenpraxis Dr. (Univ. Chieti) Dieter Herrneder

Facharzt für diagn. Radiologie  
Tel. 09661 – 811628

Krankenhausstr. 16

92237 Sulzbach-Rosenberg  
Fax 09661 - 811879

Patient:

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

### Fragebogen zur **Kontrastmittelgabe**

(zur Phlebographie)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

1. Leiden Sie an chronischen Erkrankungen und sind in Ihrer Familie chronische oder Tumorerkrankungen bekannt?

Nein  Ja

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

2. Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion oder eine Nierenerkrankung bekannt?

Nein  Ja

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

3. Müssen Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, z. B. Schilddrüsen-, Zucker- oder Blutdrucktabletten?

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

**Bitte wenden**→

4. Sind bei Ihnen Allergien bekannt?  Nein    Ja

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

5. Für Frauen: Könnte bei Ihnen eine Schwangerschaft bestehen?  Nein    Ja

6. Bitte geben Sie Ihr ungefähres Körpergewicht an (zur Bestimmung der Menge des Kontrastmittels): \_\_\_\_\_ kg

7. Sind Infektionskrankheiten bei Ihnen bekannt (Hepatitis, HIV, etc. )?  Nein    Ja

8. Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

### Einwilligung

Die Fragen habe ich gelesen und gewissenhaft beantwortet. Mit der Untersuchung und ggf. mit der Gabe von Kontrastmitteln erkläre ich mich einverstanden. Ich bin auch einverstanden, dass der Befund an den Überweiser und evt. weiter behandelnde Ärzte weitergegeben wird oder dass Befunde vom Hausarzt eingeholt werden.

---

Ort, Datum

Unterschrift