

Name : _____

Geburtsdatum :

Vorname: _____

Gewicht : kg

Grösse : cm

	JA	NEIN
Leiden Sie an bekannten Allergien gegen Kontrastmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an bekannten Allergien gegen bestimmte Medikamente? Wenn ja, an welcher(s) Medikament(e)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an sonstigen Allergien oder Asthma? Wenn ja, an welcher(n) Allergie(n): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Nierenerkrankung oder Niereninsuffizienz ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung? Wenn ja, welches Medikament nehmen Sie? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Diabetes? Wenn ja, welches Medikament nehmen Sie ein (z.B. Metformin)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein (z. B. Aspirin, Sintrom,...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Frauen :		
Sind Sie schwanger oder könnten Sie schwanger sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen/weitere Informationen? _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Information der Untersuchung gelesen habe und diesen Fragebogen verstanden und richtig beantwortet habe, und erkläre mich mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden. Des Weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass Affidea bei Bedarf frühere Berichte oder Untersuchungsergebnisse anfordern kann, um sich ein besseres Bild von meinem Fall machen zu können.

Unterschrift des Patienten: _____

Datum :