SICHERHEITSFRAGEBOGEN
Nuklearmedizin

Name : _____ Geburtsdatum : | | | | | | |

Vorname: _____ Gewicht : kg

Grösse : cm

	JA	NEIN
Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein? Wenn ja, welche: _____	☐	☐
Leiden Sie an sonstigen Allergien oder Asthma? Wenn ja, an welchen: _____	☐	☐
Leiden Sie an einer Nierenerkrankung oder Niereninsuffizienz ? Wenn ja, an welcher? _____	☐	☐
Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung? Wenn ja, welches Medikament nehmen Sie?_____	☐	☐
Für Frauen: Sind Sie schwanger oder könnten Sie schwanger sein?	☐	☐
Stillen Sie?	☐	☐

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 meinen Fall machen zu können.

Unterschrift des Patienten: _____ Datum : | | | | | | |