



**Fragebogen (Anamnese)**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Gewicht:

Größe:

1.

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

n  j

Wenn ja welche?

---



---



---

2.

Besteht eine Diabeteserkrankung?  n  j

Wenn ja:

Nehmen Sie metforminhaltige Medikamente ein?  n  j

3.

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen (bitte unterstreichen)?

Herz-Kreislaufkrankungen, z.B. Angina Pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, hoher Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen?

n  j

Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe?

n  j

Haben Sie eine Herzklappenerkrankung und müssen Sie vor Eingriffen einen antibiotischen Schutz bekommen (Endocarditisprophylaxe)?

n  j

*Falls Sie einen Herzpass haben, bitte vorlegen.*

Nierenerkrankungen, z.B. Nierensteine, Nierentzündung, schlechte Nierenwerte, Dialyse, andere Erkrankungen mit Beeinträchtigung der Nierenfunktion (z.B. Plamozytom)?

n  j

Schilddrüsenerkrankungen, z.B. vergrößerte Schilddrüse, Über- oder Unterfunktion, medikamentöse Behandlung?

n  j

Blut- oder Gerinnungserkrankungen, z.B. häufiges Nasenbluten, Blutergüsse, Gerinnungsstörungen, blutverdünnende Medikamente?  n  j

4.

Bestehen Allergien, z.B. Heuschnupfen, Asthma oder Unverträglichkeiten, z.B. Jod, Kontrastmittel, Medikamente, Pflaster, Latex?  n  j

*Falls Sie einen Allergieausweis haben, bitte vorlegen.*

5.

Wurden schon einmal Röntgenuntersuchungen zur Gefäß- Knochen- oder Hirnuntersuchung, andere Röntgenuntersuchungen oder eine Computertomographie durchgeführt?  n  j

---



---

*Falls Sie einen Röntgenpass besitzen, bitte vorlegen.*

6.

Traten bei früheren Kontrastmitteluntersuchen Nebenwirkungen auf?  n  j

7.

Wurde schon einmal eine Strahlentherapie durchgeführt?

n  j

8.

Besteht eine chronisch-infektiöse Erkrankung, z.B. Hepatitis, HIV, TBC)?  n  j

9.

Für Frauen im gebärfähigen Alter:

Könnten Sie schwanger sein?  n  j

Nehmen Sie die „Pille“?  n  j

Datum der letzten Regelblutung:

---

Stillen Sie?  n  j