

Röntgen Kontrastmittel Anamnesebogen



Untersuchungsdatum:	/2013
---------------------	-------

Patientenname	Vorname	Geb.Dat	Gewicht	männl./ weibl.

nein ja

Laborwerte		TSH, Kreatinin (Krea), GFR
-------------------	--	----------------------------

Kontraindikationen

nein ja

Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamente: _____
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____

nein ja

Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stück Zig./Tag:		wie viele Jahre:	
Unfall in Untersuch.region	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann:			
OP in Untersuch.region	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Was:			

Bekannter Tumor und Behandlung

nein	ja	Datum
------	----	-------

Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chemo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
weitere Behandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Krankengeschichte:

Unterschrift
RT oder Arzt:

Unterschrift
Patient:
