

Röntgen Kontrastmittel Anamnesebogen

Untersuch. Datum /2009

Patientenname	Vorname	Geb.Dat	Gewicht	M/W

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:

Indikation / Untersuchungsgrund:

	nein	ja	
Nikotin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pkg/Jahre:
Trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann:
Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Was:

bekannter Tumor nein ja seit wann OP Chemo Radiatio

N. bronchi (Lungenca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
N. mammae (Brustca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
N. prostatae	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
N. coli (Dickdarmca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
N. renis (Nierenca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Melanom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Lymphom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Sonstiges

RT oder Arzt: _____ Patient: _____