

## MR-Untersuchung mit Kontrastmittel

Vor- und Nachname: ..... Geburtsdatum: .....  
Telefonnummer: ..... Größe in cm: .....  
Ihr Hausarzt: ..... Gewicht in kg: .....

**JA NEIN**

1. Haben Sie schon einmal ein Kontrastmittel bekommen?

Wenn Ja, was ist passiert und wann?

.....

2. Sind Medikamenten-Allergien bzw. Allergien gegen Kontrastmittel bekannt?

Wenn ja, welche? Wie haben Sie reagiert?

.....

3. Haben/Hatten Sie eine Nierenerkrankung?

Wenn ja, um welche Erkrankung handelt es sich?

.....

4. Wurde Ihnen eine Niere entfernt?

5. Sind Sie Dialysepatient (Blutwäsche)?

6. Wurde bei Ihnen ein Lebertransplantation durchgeführt bzw. ist eine geplant?

7. Sind Sie mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden?

### Allfällige Fragen der Patientin/des Patienten zur Kontrastmittelgabe

.....  
.....

Ich erkläre hiermit, dass ich das Aufklärungsblatt gelesen habe, meine Fragen beantwortet wurden und ich mit der Kontrastmittelgabe einverstanden bin.

Datum: ..... Unterschrift der Patientin/des Patienten: .....

.....