



## RÖNTGEN DER NIEREN UND HARNWEGE - FRAGEBOGEN

### ANAMNESE

*Dieser Teil wird von einer AssistentIn ausgefüllt*

Operation im Untersuchungsbereich? Wann?

---

Verletzungen / Trauma? Wann?

---

Schmerzen? Wo genau? Seit wann?

---

### Um Komplikationen zu vermeiden, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

- |  |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| 1. Für Patientinnen: Könnten Sie schwanger sein?                                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 2. Haben Sie eine der folgenden Untersuchungen schon einmal gehabt?              |                          |                            |
| Nierenröntgen (iv Urographie, Pyelographie)                                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Computertomographie  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Darstellung der Beinvenen (Phlebographie)  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gefäßröntgen (Angiographie/Cardangiographie)                                     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 3. Traten bei Ihnen nach Kontrastmittelgabe Nebenwirkungen auf? Wenn ja, welche? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Übelkeit/Erbrechen/Würgegefühl   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Asthmaanfall/Atemnot   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hautausschlag  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Krampfanfälle/Bewusstlosigkeit   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schüttelfrost  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 4. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?                                 |                          |                            |
| Diabetes (Zuckerkrankheit)   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Asthma   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Allergien, die einer Behandlung bedürfen   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| des Herzens  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| der Niere/Nebenniere   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| der Schilddrüse  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| M. Kahler (multiples Myelom) – Knochenmarkserkrankung                            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Im Fall einer der obenangeführten Erkrankungen, welche Medikamente nehmen Sie?

---

5. Körpergewicht:                      kg

---

**Ich bestätige**, dass ich den Text gelesen und verstanden habe.

Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung und einer Kontrastmittelgabe zu.

Datum

---

Unterschrift

---