

Patientenfragebogen

Interventionelle Radiologie



MEDIZINISCH
RADIOLOGISCHES
INSTITUT

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Helfen Sie mit, das Komplikationsrisiko möglichst gering zu halten. Wir bitten Sie zur Vorbereitung untenstehende Fragen vollständig zu beantworten und den Fragebogen anschliessend zu unterschreiben.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten, z.B. Kontrastmittel, Antibiotika, Medikamente, Pflaster, etc. bekannt? Bitte ggf. Allergiepass mitnehmen Ja Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente ein? **Bitte Medikamentenliste mitnehmen** Ja Nein

Wenn ja, welche?

Besteht oder bestand eine der folgenden Erkrankungen?

Herz-/Gefässerkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Infarkt, Schlaganfall) Ja Nein

Zuckerkrankheit (Diabetes) Ja Nein

Nierenerkrankung Ja Nein

Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV) Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wurden bei Ihnen schon frühere Operationen durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Waren Sie in den letzten 3 Monaten hospitalisiert? Ja Nein

Wenn ja, weshalb?

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wie viele Päckli pro Tag und seit wie vielen Jahren?

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Gewicht: kg

Grösse: cm

Kontaktperson für Notfälle (Name und Telefonnummer):

Ort, Datum:

Unterschrift Patientin/Patient: