

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bei Ihnen soll eine

Untersuchung der Nierenfunktion

durchgeführt werden. Hierzu benötigen wir von Ihnen noch einige Angaben.

Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen!

Name: _____

Archivnummer: _____

Vorname: _____

Geschlecht: M W

Geboren: _____

- Wurde bei Ihnen bereits früher eine Nierenfunktionsszintigrafie durchgeführt? Ja Nein

Falls ja wann und wo

- Haben Sie Ihres Wissens eine eingeschränkte Nierenfunktion? Ja Nein

- Wurden Sie bereits an den Nieren operiert? Ja Nein

Wenn Ja, warum:

- Haben Sie einen hohen Blutdruck? Ja Nein

Wenn Ja, welche Medikamente nehmen Sie ein:

- Nehmen Sie Captopril ein oder haben Sie es heute einmalig eingenommen? Ja Nein

- Haben akute oder chronische Beschwerden zu dieser Untersuchung geführt? Ja Nein

Wenn Ja, bitte kurz schildern:

- Wann haben Sie Ihren nächsten Termin beim zuweisenden Arzt? Datum:

- Wer ist Ihr Hausarzt? Name / Vorname / Adresse:

Zusätzliche Angaben bei Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft: Ja Nein

Datum der letzten Menstruation:

Stillen Sie zur Zeit? Ja Nein

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, alle Angaben richtig und vollständig gemacht zu haben.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Eintragungen des/der medizinisch-technischen Assistentin/en

- Menge und Art der applizierten Aktivität:

- Zeitpunkt und Ort der Injektionsstelle:

- Aufnahmezeitpunkt und Intervall zur Injektion: