

Anamnese Kontrolle

Ambulant-Nuklearmedizinisches
Zentrum Würzburg

Dr. J.-U. Eberhardt

Dr. E. Peppert

Dr. C. Düren



Würzburg, den _____

Sehr geehrte(r) Patient(in),
um Sie optimal untersuchen zu können, bitten wir Sie, uns durch die Beantwortung folgender Fragen zu unterstützen:

Größe _____ **Gewicht** _____

Aktuelle Beschwerden:

Aktuelle Medikamenteneinnahme:

Schilddrüse (**mit Dosierung**): _____ heute eingenommen ja
 nein

Weitere Medikamente (ohne Dosierung): _____

Wurden **nuklearmedizinische Untersuchungen** außerhalb unserer Praxis durchgeführt?

Ja, wann? Welche Untersuchung(en)? Welche Einrichtung? nein

Sind bei Ihnen **Röntgenuntersuchungen** (z.B. CT) durchgeführt worden? nein

Ja, wann? Welche Körperregion? Welche Einrichtung? Wurde dabei Kontrastmittel verwendet?

Wurde bei Ihnen eine **Strahlentherapie/Isotopentherapie** durchgeführt? nein

Ja, wann? Welche Körperregion? Welche Einrichtung?

Patientinnen:	Kinderwunsch?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
	Schwangerschaftswoche			
	Stillen Sie momentan?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Einnahme von	<input type="checkbox"/> Folsäure ohne Jodid	<input type="checkbox"/> Folsäure mit Jodid	
Letzte Regelblutung:				

Nachdem Sie alle Fragen beantwortet haben, bringen Sie diesen Bogen bitte wieder zurück an die Anmeldung. Sofern nicht nur eine Blutentnahme geplant ist wird Sie in Kürze Ihr(e) behandelnde(r) Ärztin/Arzt aufrufen und den Untersuchungsablauf mit Ihnen besprechen. Anschließend werden wir die Untersuchung beginnen und Ihnen, falls die Untersuchung dies erfordert, ein schwach radioaktives Medikament verabreichen.

Für Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Würzburg, den _____

Unterschrift des Patienten
(bzw. des Erziehungsberechtigten)