



# DIAGNOSEZENTRUM SALZBURG

## ANMELDUNG zur Untersuchung

Alle Daten werden ausschließlich institutsintern verwendet und vertraulich behandelt.

Persönliche  
Stammdaten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

selbst versichert:

mitversichert:

\_\_\_\_\_  
Name des Versicherten + Geb.-Datum

Aufnehmende Sekretärin

Voruntersuchung  
Kontrollunter-  
suchung

**Wurden Sie in diesem Institut schon einmal untersucht?**

Nein  Ja, wann: \_\_\_\_\_

Ihre  
Krankheiten

**Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?** (nur zutreffende Erkrankung ankreuzen)

- Nierenerkrankung
- Schilddrüsenerkrankung
- Herz-Kreislauf-Erkrankung
- Darmerkrankung
- Hauterkrankungen
- Augenerkrankung
- Lungenerkrankung

- Hepatitis A - B - C
- HIV positiv
- Allergien
- Diabetes

Schwanger-  
schaft

Bei bestehender Schwangerschaft dürfen Röntgenuntersuchungen / Computertomographien nicht durchgeführt werden!

**Können Sie eine Schwangerschaft ausschließen?** JA:  Nein:

Regelmäßige  
Medikamenten-  
Einnahme

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?**

- Blutverdünnung (Marcumar, Sintrom, Heparin ..... )
- Andere Medikamente: \_\_\_\_\_

Implantate

**Haben Sie metallische Implantate im Körper?**

- Herzschrittmacher
- Herzklappenprothese
- Gefäßstent, wo: \_\_\_\_\_
- elektronische Implantate
- Gelenkprothesen
- Gefäßklips

Kontrast-  
mittel

**Hat man Ihnen schon einmal Kontrastmittel gespritzt?**

Bei Röntgenuntersuchung / Computertomographie:  bei MR-Untersuchung:

Ich habe das Kontrastmittel ohne Probleme vertragen – JA:

NEIN, ich verspürte \_\_\_\_\_

Sicherheits-  
INFO

Sicherheitsinformationen gelesen und angenommen :

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Über Kontrastmittelreaktionen wurde ich aufgeklärt.  
Mit einer eventuell notwendigen Kontrastmittelinjektion bin ich einverstanden:

Unterschrift: \_\_\_\_\_