

Uw naam: _____

Geboortedatum _____

Datum onderzoek: ____ / ____ / 20 ____

Omcirkelen wat van toepassing is.

Heeft u eerder een onderzoek met een contrastmiddel ondergaan?	ja / nee
Zo ja, heeft u daar hinder van ondervonden?	ja / nee
Bent u op dit moment zwanger?	n.v.t. / ja / nee

Bent u allergisch / overgevoelig? (*denkt u aan jodium, penicilline, pleisters etc.*) ja / nee

Heeft u ooit hooikoorts, astma, COPD of eczeem gehad? ja / nee

Gebruikt u bloedverduunnende medicijnen? ja / nee

Zo ja, om welke reden? _____

Gebruikt u andere medicijnen? ja / nee

Zo ja, welke? _____

Lijdt / leed u aan bepaalde ziektes zoals:

- diabetes (suikerziekte) ja / nee
- schildklierafwijkingen ja / nee
- hoge bloeddruk ja / nee
- hersenbloeding / beroerte ja / nee
- hartafwijkingen ja / nee
- andere ziektes _____

Zijn er dingen die hierboven niet gevraagd zijn waarvan u denkt dat ze voor ons van belang zijn?

Datum: _____ / _____ / 20_____ Handtekening _____