

Naam:	Lengte:
Geboortedatum:	Gewicht:

1. Heeft u een allergie? (omcirkel wat van toepassing is)			Ja, welke: / Nee
Jodium	Hooikoorts	Luchtwegen	Huid (eczeem)
Medicijnen	Voedselallergie	Huidpleisters	Anders,nl:

2. Heeft u in het verleden een onderzoek gehad waarbij contrastmiddel ingespoten werd?			Ja/ Nee
Heeft u toen ook een reactie van overgevoeligheid gehad?			Ja, welke: / Nee
Galbulten	Jeuk	Misselijkheid	
Ademnood	Bloeddruk daling	Anders, nl:	

3. Bent u hartpatiënt?		Ja/ Nee
Zo ja, gebruikt u medicijnen voor het hart?		Ja, welke: / Nee
Naam medicijn + dosering:		
1.	3.	
2.	4.	

3. Bent u longpatiënt?		Ja/ Nee
Zo ja, gebruikt u medicijnen voor de longen?		Ja, welke: / Nee
Naam medicijn + dosering:		
1.	3.	
2.	4.	

4. Heeft u één van de onderstaande aandoeningen?			Ja, welke: / Nee
Diabetes Mellitus	Bloedarmoede	Ziekte van Kahler	
Longaandoeningen (astma, COPD)	Hartfalen	Ziekte van Waldenström	
Nierfunctie stoornis	Schildklier tumor	Mastocytosis	
Hoge of lage bloeddruk	Feochromocytoom	Myastenia Gravis	

Handtekening:	Datum: