

Fragebogen zur
Computertomografie

Patient:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

1. Welche Beschwerden haben Sie in der zu untersuchenden Körperregion?

Seit wann? _____

2. Handelt es sich um einen Unfall oder Unfallfolgen? Nein Ja

3. Sind chronische Erkrankungen bei Ihnen bekannt
(Bluthochdruck, Schilddrüsenfehlfunktion, Diabetes)? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

4. Wurden Sie bereits wegen eines Tumors operiert? Nein Ja

Wenn ja, in welcher Körperregion und wann?

5. Bestehen oder bestanden schwere Funktionsstörungen
der Nieren? Nein Ja

Bitte wenden →

6. Müssen Sie regelmäßig Medikamente einnehmen
(Schilddrüsen-, Zucker- oder Blutdrucktabletten?) Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

7. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

8. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Computertomographie
mit Kontrastmittel durchgeführt? Nein Ja

Wenn ja, gab es allergische Reaktionen? _____

9. Für Frauen: Könnten Sie schwanger sein?
Stillen Sie? Nein Ja
 Nein Ja

10. Bitte geben Sie Ihr ungefähres Körpergewicht an: _____ kg

11. Sind Infektionskrankheiten bei Ihnen bekannt (Hepatitis,
HIV, etc.)? Nein Ja

12. Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Einwilligung

Die Fragen habe ich gelesen und gewissenhaft beantwortet. Mit der Untersuchung und ggf. mit der Gabe von Kontrastmitteln erkläre ich mich einverstanden. Ich bin auch einverstanden, dass der Befund an den Überweiser und evt. weiter behandelnde Ärzte weitergegeben wird oder dass Befunde vom Hausarzt eingeholt werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten
(bzw. des Erziehungsberechtigten)