

## Fragebogen zur CT-Untersuchung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Größe/Gewicht:

Telefonnr. tagsüber: \_\_\_\_\_

Welcher Körperteil soll heute untersucht werden?

links  rechts

Wo und seit wann sind die Beschwerden genau?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben/hatten Sie eine Tumorerkrankung?

ja  nein

Hatten Sie an diesem Körperteil eine Operation?

Wenn ja, was wurde wann operiert?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen eine Allergie, insb. gegen Jod?

ja  nein

Haben Sie eine Schilddrüsenüberfunktion?

ja  nein

Sind Sie chronisch krank (HIV, Hepatitis, sonst.)?

ja  nein

Besteht bei Ihnen eine Nierenerkrankung?

ja  nein

Besteht bei Ihnen ein Diabetes mellitus?

ja  nein

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Patientinnen: Könnten Sie schwanger sein?

ja  nein

Wenn aus ärztlicher Sicht eine medizinische Indikation besteht, erfolgt eine Kontrastmittelgabe. Sind Sie grundsätzlich damit einverstanden?

ja  nein

Kam es bei einer früheren CT-Untersuchung zu Unverträglichkeiten?

ja  nein

Weitere Fragen beantworten Ihnen gern die Assistentin am Gerät oder der behandelnde Arzt. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis zu der geplanten Untersuchung.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift