



## Fragebogen Computer-Tomographie (CT)

Bitte geben Sie dieses Formular vor der Untersuchung ab.

Name Patient/in				
Geb.-Dat.	Zi-Nr.	Gewicht (kg)	Größe (cm)	Krea/GFR

<b>Haben Sie eine der folgenden Untersuchungen schon einmal gehabt?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nierenröntgen (i.v. Urographie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computer-Tomographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darstellung der Beinvenen (Phlebographie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßröntgen Angiographie/Cardangiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Traten nach der Kontrastmittelverabreichung Nebenwirkungen auf?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit/Erbrechen/Würgegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma-Anfall/Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautauschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schüttelfrost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien, die einer Behandlung bedürfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niere/Nebenniere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüse Ist eine Schilddrüsenoperation geplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit) Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Kahler (multiples Myelom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Haben Sie Angst in engen Räumen (Klaustrophobie)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ich bin mit einer eventuellen intravenösen Kontrastmittelgabe einverstanden.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige, dass ich den Text gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu. In einem persönlichen Gespräch sind meine Fragen ausreichend beantwortet worden.

Datum/Uhrzeit	Unterschrift Patient/in bzw. des gesetzlichen Vertreters	Unterschrift Ärztin/Arzt/RT	Name und Unterschrift MTD
---------------	---	-----------------------------	---------------------------