

PATIENTENFRAGEBOGEN

CT Untersuchungen

Name _____	Geburtsdatum _____
Vorname _____	Grösse _____
	Gewicht _____

Die Untersuchung erfolgt wegen Krankheit Unfall

	Ja	Nein
Leiden Sie an Allergien – insbesondere Kontrastmittel Allergie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja welche? _____		
Besteht eine Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunktion)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht ein Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist bei Ihnen eine Hypertonie (erhöhter Blutdruck) bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja welche? _____		
Hatten Sie schon eine CT-Untersuchung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden, wenn es für die Untersuchung notwendig ist?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Für Frauen im gebärfähigen Alter	Ja	Nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stillen Sie zurzeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Datum: _____

Unterschrift
Patient: _____

Unterschrift gesetz-
licher Vertreter: _____

Visum
Sekretariat:

Visum
Radiologiefachperson: