



## Fragebogen für CT Untersuchungen

---

Leiden Sie an Allergien – insbesondere Kontrastmittel Allergie? Ja  Nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besteht eine Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunktion)? Ja  Nein

Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt? Ja  Nein

Besteht ein Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? Ja  Nein   
Ist bei Ihnen eine Hypertonie (erhöhter Blutdruck) bekannt? Ja  Nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? Ja  Nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon eine CT-Untersuchung? Ja  Nein

Sind Sie mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden, wenn es für die Untersuchung notwendig ist? Ja  Nein

### Für Frauen im gebärfähigen Alter:

Besteht eine Schwangerschaft? Ja  Nein

Stillen Sie zurzeit? Ja  Nein

---

### Falls Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns!

---

Familiename: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Sekr: \_\_\_\_\_ MTRA: \_\_\_\_\_