

PATIENTENFRAGEBOGEN

CT Untersuchungen



RADIOLOGIE ZENTRUM
FRICKTAL

Familienname _____	Geburtsdatum _____
Vorname _____	Grösse _____
	Gewicht _____

Leiden Sie an Allergien – insbesondere Kontrastmittel Allergie? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Ist bei Ihnen Asthma bekannt? Ja Nein

Besteht eine Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunktion)? Ja Nein

Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt oder hatten Sie eine Operation an den Nieren? Ja Nein

Medikamente _____

Besteht ein Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? Ja Nein

Medikamente _____

Ist bei Ihnen eine Herzinsuffizienz bekannt? 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

Wurde **der heute zu untersuchende Körperteil** schon einmal operiert? Ja Nein

Wenn ja, wann? _____ Wo _____

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

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wie lange? (Jahre) _____ Anzahl pro Tag _____

Für Frauen im gebärfähigen Alter

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Stillen Sie zurzeit? Ja Nein

Datum: _____

Unterschrift
Patient: _____

Unterschrift gesetz-
licher Vertreter: _____

Visum
Sekretariat:

Visum
Radiologiefachperson: