

# 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

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

Unterschrift  
Patient: \_\_\_\_\_

Unterschrift gesetz-  
licher Vertreter: \_\_\_\_\_

Visum  
Sekretariat:

Visum  
Radiologiefachperson: