

## Patientenfragebogen (CT)

### Angeforderte CT-Untersuchung:

Patientenname:

Geb.:

Größe:            cm,

Gewicht:            kg

Telefon:

Überweisender Arzt:

Krankenversicherung:

Zusatzversicherung:

nein /  ja

*Wenn ja, welche? .....*

Liegen Voruntersuchungen vor (CT/ MRT/ Katheter)?

nein /  ja

*Wenn ja, wann und wo? .....*

Traten bereits allergische Reaktionen nach Kontrastmittelgaben auf?

nein /  ja

*Wenn ja, welche? .....*

Bestehen weitere Allergien?

nein /  ja

*Wenn ja, welche? .....*

Sind Sie Diabetiker?

nein /  ja

*Bei Einnahme von metforminhaltigen Antidiabetika sollte das Medikament 24 Stunden vor der Untersuchung abgesetzt werden.*

Sind Stoffwechselerkrankungen bekannt?

nein /  ja

Leber    Nieren    Lungen    Gefäße    Herz    Nervensystem

Ist eine Schilddrüsenerkrankung bekannt?

nein /  ja

*Wenn ja, welche?    Überfunktion,    Unterfunktion,   Medikamente:*

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein /  ja

Herzmed.    Blutdrucksenkende Med.    Gerinnungshemmende Med.

*Wenn ja, welche? .....*

Ist eine Schwangerschaft ausgeschlossen?

nein /  ja

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die Untersuchung ein. Mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe bin ich ebenfalls einverstanden.

Datum:

Unterschrift: