

CT-Fragebogen

Name: _____ Vorname: _____ Geb.dat.: _____

Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

Je nach Fragestellung ist die Kontrastmittelgabe für eine optimale Untersuchung erforderlich.

Sind Sie mit der intravenösen Gabe eines Kontrastmittels einverstanden? Ja Nein

1. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

- **Allergien**, die einer Behandlung bedürfen Ja Nein
- Infektionskrankheiten Ja Nein
- Niere / Nebenniere Ja Nein
- Schilddrüse Ja Nein

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie?

- Zuckerkrankheit Ja Nein

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie?

2. Haben sie eine der folgenden Untersuchungen schon einmal durchgeführt?

- Nierenröntgen Ja Nein
- Computertomographie (CT) Ja Nein
- Gefäßröntgen/Herzkatheter-Untersuchung
(Angiographie/Koronarangiographie) Ja Nein

3. Haben Sie jemals jodhaltige Röntgen-Kontrastmittel erhalten?

- Wenn ja, traten nach der Kontrastmittelgabe Nebenwirkungen auf? Ja Nein

Diese äusserten sich in Form von Hautausschlag, Übelkeit, Erbrechen, Würgegefühl, Asthma, Atemnot, Schüttelfrost, Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit

4. Hatten Sie schon eine Operation im zu untersuchenden Körperteil?

- Ja Nein

Welche Körperregion? _____

Wann und wo? _____

5. Hatten Sie schon eine Chemotherapie und/oder eine Strahlentherapie?

- Ja Nein

Wann und wie oft? _____

6. Für Frauen im gebärfähigen Alter

- Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein

- Stillen Sie zurzeit? Ja Nein

Einverständniserklärung

Ich habe keine weiteren Fragen. Mit der Untersuchung zu den oben genannten Bedingungen bin ich einverstanden und willige hiermit in die Durchführung der Untersuchung ein.

Datum

Unterschrift Patient(in) / betreuende Person