



Fragebogen Computertomografie (CT)

Sehr geehrte Patientin / sehr geehrter Patient

Dürfen wir Sie bitten, den Fragebogen gewissenhaft zu beantworten.

Bei Fragen oder Unklarheiten stehen Ihnen unsere Mitarbeiter gerne zur Verfügung.

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine CT-Untersuchung durchgeführt?	In welchem Röntgeninstitut? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Von welcher Körper-Region _____		
	Wurde Kontrastmittel in eine Vene gespritzt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Haben Sie es gut vertragen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie...	je allergisch auf Röntgenkontrastmittel reagiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	andere Allergien, → auf was? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Medikamentenunverträglichkeiten → auf welche? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie...	an einer Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	an Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	an chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	an anderen Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	an einer schweren Erkrankung Ihres Herzens	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	an einer schweren Erkrankung Ihrer Blutgefässe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	an einer Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	an anderen Schilddrüsenenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	an Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erhalten Sie zurzeit...	eine Chemotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Medikamente gegen Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Für Frauen	Besteht eine Schwangerschaft oder eine mögliche Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Sind Sie in der Stillzeit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ihre Grösse: _____ cm Ihr Gewicht: _____ kg		

Ich bestätige hiermit, dass ich die Informationen zur Kenntnis genommen und die obigen Fragen wahrheitsgetreu beantwortet habe. Mit meiner Unterschrift gebe ich mein Einverständnis zur Untersuchung.

Datum: _____

Unterschrift: _____