

CT - Fragebogen (bitte in Druckbuchstaben schreiben)

Frau Herr

Name

Vorname

Straße

PLZ Ort

Krankenkasse

Beihilfe (nur privat) nein ja

Geb.Dat. Tel.

Wie sind Sie auf unser Institut aufmerksam geworden?

- Internet Telefonbuch Überweisung
 Empfehlung Zeitung

Welche/s **Körpergewicht/ -größe** haben Sie?

..... kg cm

Frauen im gebärfähigen Alter:

Könnte eine Schwangerschaft bestehen? nein ja

Beantworten Sie die nachfolgenden Fragen bitte sehr sorgfältig und füllen Sie das Formular vollständig aus! Zutreffendes bitte ankreuzen!

Wo und wie sind die **Beschwerden?** rechts links
(bitte genau beschreiben/Körperteil)

Schmerzen Taubheitsgefühl andere

.....

.....

Wobei treten die Beschwerden auf?

in Ruhe bei Belastung nachts

Seit WANN bestehen die Beschwerden?

.....

Hatten Sie am zu untersuchenden Körperteil/ -abschnitt einen **Unfall** oder eine ungewöhnliche Belastung?

nein ja

Was genau und wann?

.....

Wurden Sie am heute zu untersuchenden Körperteil/ -abschnitt bereits **operiert?**

(auch Arthroskopie/Schlüsselloch-Chirurgie)

nein ja

Wenn ja, **welche** OP und **wann?**

.....

.....

1. Haben / Hatten Sie

- eine **Krebserkrankung?** nein ja

Wenn ja, welches Organ ist/war an Krebs erkrankt?

.....

Operation Wann?

Chemotherapie Wann?

Strahlentherapie Wann?

- eine **Infektionskrankheiten?** nein ja

(z.B. Hepatitis, AIDS, Tbc)

2. Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit)? nein ja

Wenn ja, wie behandelt?

Insulin Diät Tabletten

3. Traten jemals Krampfanfälle oder Lähmungen auf? nein ja

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja

(z.B. Herz-, Schmerz-, blutdrucksenkende Mittel wie Marcumar oder Aspirin)

Wenn ja, welche?

.....

.....

5. Leiden Sie an einer Jod- oder Medikamentenallergie? nein ja

Wenn ja, welche?

.....

6. Kam es bei einer früheren CT-Untersuchung zu Unverträglichkeitserscheinungen? nein ja

Wenn ja, welche?

.....

Einwilligungserklärung

Ich fühle mich **ausreichend informiert** und willige hiermit nach angemessener Bedenkzeit in die Untersuchung ein. nein ja

Mit einer eventuellen intravenösen Kontrastmittel-Gabe bin ich einverstanden. nein ja

Datum **X**

X
Unterschrift Patient/in (ggf. Erziehungsberechtigte/r)