



Fragebogen zur Durchführung einer CT-Untersuchung

Name _____

Geb.-Datum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zu Ihrer Sicherheit möchten wir Sie bitten, nachfolgende Fragen zu beantworten. Weitere Fragen werden unsere Mitarbeiter dann ggf. vor der Untersuchung mit Ihnen besprechen.

Informationen zu Methode CT finden Sie auf der Ihnen ausgehändigten Schreibunterlage.

Ihre Körpergröße: _____ cm Ihr ungefähres Körpergewicht: _____ kg

1. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt? ☐ Ja ☐ Nein
Allergie auf Kontrastmittel? ☐ Ja ☐ Nein
2. Liegt eine Nierenfunktionsstörung vor/dialysepflichtig? ☐ Ja ☐ Nein
3. Liegt eine Schilddrüsenfunktionsstörung/Erkrankung vor? ☐ Ja ☐ Nein
wenn ja, welche Medikamente? _____

4. Ist bei Ihnen Diabetes bekannt? ☐ Ja ☐ Nein
wenn ja, welche Medikamente? _____

5. Haben Sie Beschwerden aufgrund eines Unfalls oder Sturzes? ☐ Ja ☐ Nein
wenn ja, wo und seit wann? _____

6. Bestehen / bestanden Tumorerkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein
wenn ja, welche? _____

7. Gibt es zu der heutigen Untersuchung bei Ihnen, Vorbefunde/-aufnahmen? ☐ Ja ☐ Nein
8. Ist bei Ihnen eine übertragbare Infektionskrankheit bekannt (Hepatitis, HIV etc.)? ☐ Ja ☐ Nein
9. Sind Sie schwanger oder stillen Sie? ☐ Ja ☐ Nein
10. Wären Sie, falls der Radiologe es für erforderlich hält, mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden? ☐ Ja ☐ Nein

Mit der Durchführung der CT-Untersuchung bin ich einverstanden

_____ Datum Unterschrift

Indikation zur Röntgenuntersuchung durch einen fachkundigen Arzt geprüft: _____