

Fragebogen CT (Bitte Zutreffendes ankreuzen!)

Nachname: _____	Geburtsdatum: _____	Körpergröße: _____ m
Vorname: _____		Gewicht: _____ kg
		Voraufnahmen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Herzschrittmacher: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Cochleaimplantat: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Weshalb sollen Sie untersucht werden?

Haben Sie Schmerzen? ja nein

Wo genau? _____

Haben Sie Gefühlsstörungen? ja nein

Kribbeln Taubheitsgefühl Überempfindlichkeit

andere

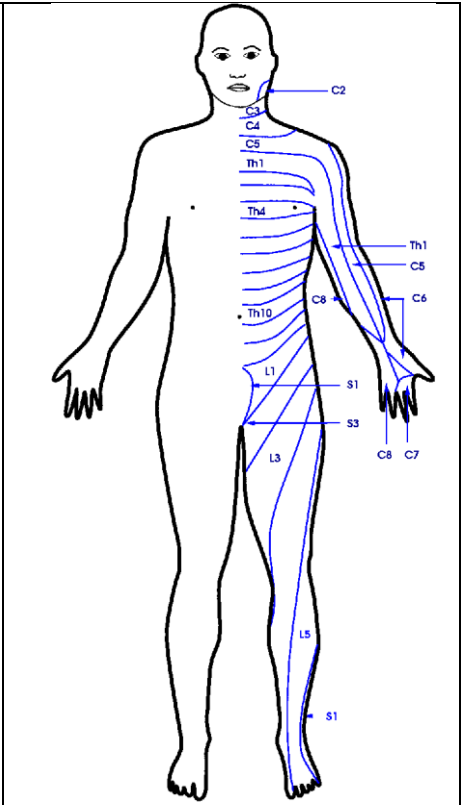
Wo genau? _____

Haben Sie andere Beschwerden ja nein
(z.B. Lähmungserscheinungen, Seh-, Hörstörungen usw.)?

Welche und wo?

Auf welcher Seite sind die Beschwerden? rechts links

Seit wann haben Sie die o.g. Beschwerden?



Bitte zeichnen Sie den Bereich der Beschwerden in die Graphik ein!

Hatten Sie in den letzten 3 Monaten einen Unfall oder Sturz, der mit der heutigen Untersuchung zusammenhängt? ja nein

Wurden Sie schon einmal operiert? ja nein

- Wenn ja, wann und weshalb?

Hatten Sie bereits ein CT? ja nein

Wo, wann und weshalb? _____

Bekamen Sie schon einmal ein CT-Kontrastmittel? ja nein

Wenn ja, sind Unverträglichkeiten aufgetreten? ja nein

Haben Sie Allergien? ja nein

Wenn ja, was sind das für Allergien?

Sind bei Ihnen Tumore bzw. Krebserkrankungen bekannt? ja nein

- Wenn ja, welche?

- Wann wurde die Diagnose gestellt? _____

Wie wurden Sie therapiert? OP Chemo Bestrahlung

Leiden Sie an Infektionskrankheiten?

HIV ja nein

Hepatitis ja nein

Sonstige: _____ ja nein

Haben Sie sonstige Vorerkrankungen?

Diabetes mellitus ja nein

Schilddrüsenunterfunktion ja nein

Schilddrüsenüberfunktion ja nein

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

(z.B. bei Diabetes oder einer Schilddrüsenerkrankung)

- Wenn ja, welche?

- Bei Metformin: Wann war die letzte Einnahme? _____

Ich bin mit einer intravenösen Gabe von Kontrastmittel (nicht radioaktiv) ja nein

durch unser med. Assistenzpersonal (MTRA, MFA) einverstanden?

Ich habe den Aufklärungsbogen CT gelesen. ja nein

Ich willige in die geplante Untersuchung ein. ja nein

Frauen: Könnten Sie schwanger sein? ja nein

Stillen Sie? ja nein

Datum / Ort

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/Betreuers

Interne Anmerkungen:

Name MTRA:

--

Ausführliche Anamnese:

Bemerkungen zur Bildqualität:

z. B. Warum sind Aufnahmen nicht wiederholt wurden
