

Patienten-Fragebogen

Computertomografie/CT

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Größe: _____

Gewicht: _____ kg Untersuchungsdatum: _____

Für den reibungslosen Untersuchungsablauf bitten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen:

	JA	NEIN
Wurde bereits eine CT-, Röntgen- oder MRT-Untersuchung durchgeführt?		
Haben Sie schon einmal CT-Kontrastmittel erhalten		
Leiden Sie an einer Allergie?		
Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?		
Sind Sie zuckerkrank? Falls ja, nehmen Sie Medikamente? Welche?		
Haben Sie eine Nierenfunktionsstörung?		
Besteht bei Ihnen eine Infektionskrankheit (z.B. HIV, Hepatitis)?		
Haben Sie eine bösartige Erkrankung eines Organs (Tumor)?		
Wurden Sie schon einmal operiert?		
Könnten Sie schwanger sein oder stillen Sie?		
Sollte es nötig sein, bin ich mit der Gabe von Kontrastmittel einverstanden		
Ich bin mit der Untersuchung einverstanden		

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich außerdem einverstanden, dass die Befunde und Bilder meiner Untersuchungen in der Praxis Radiologie Frankfurt Zeil an weiterbehandelnde Ärzte herausgegeben und Voruntersuchungen von anderen Ärzten/Kliniken angefordert werden können. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Datum, Unterschrift: _____

Bei Minderjährigen, Unterschrift des Erziehungsberechtigten: _____