



CT FRAGEBOGEN

ANAMNESE

Dieser Teil wird von einer AssistentIn ausgefüllt

Operation im Untersuchungsbereich? Wann?

Verletzungen/Trauma? Wann?

Schmerzen? Wo genau? Seit wann?

Um Komplikationen zu vermeiden, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

1. Für Patientinnen: könnten Sie schwanger sein? ja nein
2. Haben Sie eine der folgenden Untersuchungen schon einmal gehabt?
- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Nierenröntgen (iv Urographie/Pyelographie) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Computertomographie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Darstellung der Beinvenen (Phlebographie) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gefäßröntgen (Angiographie/Cardangiographie) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
3. Traten bei Ihnen nach Kontrastmittelgabe Nebenwirkungen auf? Wenn ja, welche?
- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Übelkeit/Erbrechen/Würgegefühl | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Asthmaanfall/Atemnot | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hautausschlag | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Krampfanfälle/Bewusstlosigkeit | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schüttelfrost | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
4. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?
- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Asthma | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Allergien, die einer Behandlung bedürfen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| des Herzens | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| der Niere/Nebenniere | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| der Schilddrüse | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Eiweiß im Harn | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gicht | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| M. Kahler (multiples Myelom – Knochenmarkerkrankung) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie?

5. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Ich bestätige, dass ich den Text gelesen und verstanden habe.

Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung und einer möglichen Kontrastmittelgabe zu.

Datum

Unterschrift
