



FRAGEBOGEN ZUR COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT)

Bitte übergeben Sie diesen Fragebogen vor Beginn der Untersuchung vollständig ausgefüllt unserem Personal.

Nachname:

Vorname:

geboren am:

Die Computertomographie(CT) arbeitet mit Röntgenstrahlen.

In Abhängigkeit von der Fragestellung kann die **intravenöse Gabe** eines jodhaltigen Kontrastmittels notwendig sein. Bei Bauchuntersuchungen kann **das Trinken oder die rektale Gabe von Kontrastmittel** sinnvoll sein.

Kontrastmittel können – in sehr seltenen Fällen – schwere allergische Reaktionen verursachen. Eine bestehende Schilddrüsenüberfunktion oder eine Einschränkung der Nierenfunktion können sich durch die Kontrastmittelgabe verschlechtern.

Um die Untersuchung korrekt durchführen zu können, möchten wir Sie daher bitten, die nachstehenden Fragen zu beantworten.

1. Körpergewicht _____ kg , Körpergröße _____ cm
2. Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche? ja nein
Falls ja, wenden Sie sich bitte sofort an die Anmeldung!
Das Formular muss dann **nicht** weiter ausgefüllt werden.
3. Stillen Sie? ja nein
4. Sind bei Ihnen Nierenfunktionsstörungen bekannt? ja nein
5. Bestehen Allergien gegen Medikamente oder bestimmte Speisen?
Wenn ja, gegen welche? ja nein
6. Haben Sie früher einmal auf Röntgenkontrastmittel allergisch reagiert?
(falls Sie noch nie zuvor Kontrastmittel erhalten haben, bitte „nein“ ankreuzen) ja nein
7. Falls Sie Diabetiker sind: Nehmen Sie Metformin ein? ja nein
8. Besteht eine Schilddrüsenüberfunktion? ja nein
9. Haben Sie einen Röntgen-Pass? ja nein
Falls der Arzt es für erforderlich hält:
- 10.a Sind Sie mit der **intravenösen** Gabe eines Röntgenkontrastmittels einverstanden? ja nein
- 10.b Sind Sie ggf. (nur bei bestimmten Bauchuntersuchungen) mit der **rektalen** Gabe eines Kontrastmittels einverstanden? ja nein
11. Wünschen Sie **für Ihren eigenen Bedarf** Bilddaten auf CD-ROM? (Sachkosten EUR 3,-) ja nein

Falls Sie auswärtige Bilder (z.B. auf CD-ROM) dabei haben, geben Sie diese bitte am Anmeldeschalter **vor Ihrer Untersuchung** ab, damit ggf. ein Vergleich möglich ist. Sie erhalten sie anschließend zurück.

Einwilligung zur Durchführung der Untersuchung.

Ich bin mit der Durchführung der angeforderten Untersuchung(en) einverstanden.

ja nein

Telefon- bzw. Mobil-Rufnummer für dringende Rückfragen:

Ort, Datum

Unterschrift: