



CT- Erhebungsbogen

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Größe (cm) _____ Gewicht (kg) _____

Kreatinin-Wert _____ TSH-Wert _____

1. Gibt es Voruntersuchungen von der heute zu untersuchenden Region?

2. Welche aktuellen Beschwerden haben Sie?

3. Seit wann haben Sie die Beschwerden? Hatten Sie einen Unfall?

4. Welche Erkrankungen oder Operationen gibt es in Ihrer Vorgeschichte?

5. Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie? ja ☐ nein ☐

6. a) Ist bei Ihnen eine frühere Reaktion auf jodhaltiges Kontrastmittel bekannt? ja ☐ nein ☐

b) Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche? _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

c) Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung mit eingeschränkter Nierenfunktion bekannt? ja ☐ nein ☐

d) Leiden Sie an Diabetes? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

e) Sind Sie mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden? ja ☐ nein ☐

f) Wurde bei Ihnen eine Infektionskrankheit festgestellt? (z.B. Hepatitis, TBC, o.ä.) ja ☐ nein ☐

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und den Erhalt dieses Erhebungsbogens in digitaler Form, im Original oder in Kopie nach der Untersuchung. Ich habe die „Wichtige Patienteninformation CT“ gelesen und keine weiteren Fragen. Mit der geplanten Untersuchung bin ich einverstanden.

Datum

Unterschrift