



Ihre Fachärzte/-innen
für Diagnostische
Radiologie

Überörtliche
Berufsausübungsgemeinschaft
MainRadiologie
Dr. T. C. Miller und Partner

CT – Anamnesebogen

Patientenname: _____ Geb.-Datum: _____
(Druckbuchstaben)

Gewicht: _____ Größe: _____ Tel.: _____ Mobil: _____

Hausarzt: _____ Ort: _____

Soll Ihr Hausarzt einen Bericht erhalten? Ja Nein

Liebe Patientin, lieber Patient,
bei Ihnen ist eine **CT Untersuchung** geplant, bei der eventuell jodhaltiges Kontrastmittel in die Vene verabreicht wird. Bitte lesen Sie den Fragebogen aufmerksam durch und beantworten alle Fragen möglichst korrekt.

Geplante CT Untersuchung

• Welche Körperregion wird heute untersucht?

- Kopf/Hals Wirbelsäule
 Thorax/Lungenbereich Sonstige
 Bauch/Becken
 Gelenk welches? _____
 Rechts
 Links

• Wurde die heute zu untersuchende Körperregion
früher schon einmal untersucht?

Ja Nein

Wenn ja: Wann?

In welcher Klinik/Praxis?

Anamnese (zu den aktuellen Beschwerden)

• Welcher Art sind Ihre Beschwerden?
(z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, Husten, Fieber, usw.)

• Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

• Wurden Sie im Bereich der zu untersuchenden Körperregion schon operiert?

Ja Nein

Wenn ja: Wann?

In welcher Klinik/Praxis?

• Hatten Sie einen Unfall mit Verletzung im Bereich der zu untersuchenden Körperregion?

Ja Nein

Wenn ja: Wann?

Sonstige Angaben

Erkrankungen und allgemeine Fragen

- Ist bei Ihnen eine **Infektionskrankheit** bekannt? Ja Nein
Wenn ja: Welche? Hepatitis Covid 19
 Tuberkulose Sonstige
 HIV _____
- Ist bei Ihnen eine **Überfunktion der Schilddrüse** bekannt? Ja Nein
Wenn ja: Mit welchen Medikamenten wird behandelt? _____
- Sind bei Ihnen **Erkrankungen der Niere** bekannt? Ja Nein
- Besteht eine Dialysepflicht? Ja Nein
- Wurden Sie an einer Niere operiert? Ja Nein
- Ist bei Ihnen eine **Zuckererkrankung** (Diabetes mellitus) bekannt? Ja Nein
Wenn ja: Mit welchen Medikamenten wird behandelt? _____
- **Rauchen** Sie? Ja Nein
Wenn ja: Wieviel? (Zigaretten pro Tag) _____

Allergien

- Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja Nein
Wenn ja: Wogegen? Kontrastmittel _____
 Medikamente _____
 Sonstige _____

Kontrastmittel (Kontrastmittel können allergische Reaktionen auslösen)

- Sind Sie früher schon einmal mit (jodhaltigem) CT/Röntgenkontrastmittel untersucht worden? Ja Nein
Wenn ja: Wann? _____ In welcher Klinik/Praxis? _____
- **Wenn ja:** Haben Sie nach der Gabe von CT/Röntgenkontrastmittel Nebenwirkungen verspürt? Ja Nein
Wenn ja: Welche? Übelkeit Hautrötung/Nesselsucht
 Erbrechen Schwere allergische Reaktionen

Schwangerschaft/Stillzeit

- Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein
- Stillen Sie zur Zeit ein Kind? Ja Nein

Diesen Fragebogen habe ich gelesen und verstanden, eine Kopie zum Mitnehmen kann ich auf Wunsch an der Anmeldung erhalten. Meine Fragen wurden vollständig und ausführlich beantwortet. Ich bin mit der Untersuchung und einer eventuellen notwendigen Kontrastmittelgabe einverstanden.

Ich habe vor der geplanten Untersuchung noch weitere Fragen und möchte nochmals über die Risiken der Untersuchung mit einem Arzt sprechen.

Datum: _____

Unterschrift: _____