Ihre Fachärzte/-innen
für Diagnostische
Radiologie

Überörtliche
Berufsausübungsgemeinschaft
MainRadiologie
Dr. med. Isabel Rauner,
Dr. med. Julian Donhauser et al.
Fachärztinnen und -ärzte
in Partnerschaft

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
◯ Thorax/Lungenbereich
◯ Bauch/Becken
◯ Gelenk welches? _____
◯ Wirbelsäule
◯ Sonstige
◯ 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?

- Ist oder war bei Ihnen eine **Krebserkrankung** bekannt? ◯ **Ja** ◯ **Nein**

  Wenn ja: Welche?

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

- Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? ◯ **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.

Datum: **Unterschrift:**

Speichern Drucken