



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 **zusätzlich** 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?
- 

- 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 \_\_\_\_\_  
 Histamin \_\_\_\_\_  
 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? Bitte alle Frauen ausfüllen  Ja  Nein
- Stillen Sie zur Zeit ein Kind?  Ja  Nein

Diesen Fragebogen habe ich gelesen und verstanden. Ich bin mit der Untersuchung und einer eventuellen notwendigen Kontrastmittelgabe einverstanden.

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

(ggf. Erziehungsberechtigter/Bevollmächtigter)