



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:

(Druckbuchstaben)

Geb.-Datum:

Tel.:

Mobil:

E-Mail:

Gewicht:

Größe:

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

Patientenname: _____

Geb.-Datum: _____

Erkrankungen und allgemeine Fragen

- Ist bei Ihnen eine **Infektionskrankheit** bekannt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Welche?

- ☐ Hepatitis
☐ Tuberkulose
☐ HIV

- ☐ Covid 19
☐ Sonstige _____

- 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

☐ Ja ☐ Nein

(jodhaltigem) CT/Röntgenkontrastmittel untersucht worden?

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
☐ Erbrechen

- ☐ Hautrötung/Nesselsucht
☐ 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)