

MVZ St. Marien Amberg, Praxis für Radiologie

Facharzt für Diagn. Radiologie, Mariahilfbergweg 7, 92224 Amberg
Tel. 09621 – 384080, Fax 09621 – 384144

Fragebogen zur

Computertomografie

Name, Vorname

Geburtsdatum

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

1. Welche Beschwerden haben Sie in der Körperregion, die wir heute untersuchen?

Seit wann/wie lange schon? _____

2. Handelt es sich um einen Unfall oder Unfallfolgen? Nein Ja

3. Wurden Sie an der zu untersuchenden Region bereits operiert? Nein Ja

Wenn ja, wann: _____

4. Liegen oder lagen bei Ihnen chronische Erkrankungen vor (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Schilddrüsenfunktionsstörung)? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

5. Ist bei Ihnen ein Tumor bekannt? Nein Ja

Wenn ja, welcher Tumor/seit wann? OP?

6. Bestehen oder bestanden schwere Funktionsstörungen der Nieren? Nein Ja

Bitte wenden →

MVZ St. Marien Amberg, Praxis für Radiologie

Facharzt für Diagn. Radiologie, Mariahilfbergweg 7, 92224 Amberg
Tel. 09621 – 384080, Fax 09621 – 384144

7. Müssen Sie regelmäßig Medikamente einnehmen
(Schilddrüsen-, Zucker- oder Blutdrucktabletten)? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

8. Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____
(evtl. vorhandenen Allergiepass bitte vorlegen)

Liegt bei Ihnen eine **Jod-Allergie** vor? Nein Ja

9. Sind Infektionskrankheiten bei Ihnen bekannt (Hepatitis,
HIV, etc.)? Nein Ja

10. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Computertomographie
mit Kontrastmittel durchgeführt? Nein Ja

Wenn ja, gab es allergische Reaktionen? _____

11. Ihr Körpergewicht: _____ kg Ihre Größe: _____ m

12. Bitte geben Sie uns Ihre Telefonnummer _____

13. Wer ist Ihr Hausarzt? _____

14. **Für Frauen:** Könnten Sie schwanger sein? Stillen Sie? Nein Ja

Einwilligung

Die Fragen habe ich gelesen und gewissenhaft beantwortet.
Mit der Untersuchung und ggf. mit der Gabe von Kontrastmitteln erkläre ich mich
einverstanden.

Meine Angaben sind freiwillig und jederzeit ganz oder teilweise widerrufbar.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten
(bzw. des Erziehungsberechtigten)