

## Patienteninformation Computertomographie (CT) Frage-/Anamnesebogen

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.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
(Druckbuchstaben)

Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Soll Ihr Hausarzt einen Bericht erhalten?  Ja  Nein

### Geplante CT Untersuchung

- Welche Körperregion wird heute untersucht?
- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopf/Hals                | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Thorax/Lungenbereich     | <input type="checkbox"/> Sonstige    |
| <input type="checkbox"/> Bauch/Becken             |                                      |
| <input type="checkbox"/> Gelenk welches?<br>_____ | <input type="checkbox"/> Rechts      |
|   | <input type="checkbox"/> Links       |
- Wurde die heute zu untersuchende Körperregion früher schon einmal untersucht?
- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Wenn ja, in welcher Praxis? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

### Anamnese (zu den aktuellen Beschwerden)

- Welcher Art sind ihre Beschwerden? (z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, Husten, Fieber, Darmkrämpfe)
- \_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie diese Beschwerden? \_\_\_\_\_

- Wurden Sie im Bereich der zu untersuchenden Körperregion schon operiert?
- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Wenn ja, wann \_\_\_\_\_ und in welcher Klinik/Praxis? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Hatten Sie einen Unfall mit Verletzung im Bereich der zu untersuchenden Körperregion?
- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Sonstige Angaben \_\_\_\_\_

## Erkrankungen und allgemeine Fragen

- Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit bekannt?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche?  Hepatitis  HIV  
 Tuberkulose  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?  
\_\_\_\_\_

- Rauchen Sie?  Ja  Nein

Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag

## Allergien

- Sind bei Ihnen Allergien bekannt?  Ja  Nein  
Wenn ja, wogegen?  Kontrastmittel  Sonstige:  
 Medikamente: \_\_\_\_\_

## Kontrastmittel (Kontrastmittel können allergische Reaktionen auslösen)

- Sind Sie früher schon einmal mit (jodhaltigem) CT/Röntgenkontrastmittel untersucht worden?  Ja  Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

In welcher Praxis? \_\_\_\_\_

- Wenn ja, haben Sie nach der Gabe von CT/Röntgenkontrastmittel Nebenwirkungen verspürt?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?  Übelkeit  
 Erbrechen  
 Hautrötung/Nesselsucht  
 Schwere allergische Reaktion

## Schwangerschaft/Stillzeit (Patientinnen bitte in jedem Fall ausfüllen)

- 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.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

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