

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Zur Vorbereitung der **CT-Untersuchung** bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten.

Zutreffendes bitte im jeweiligen Kästchen ankreuzen:

1.	Wurden sie hier schon einmal untersucht? In welchem Jahr: _____	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
2.	Sind Sie Diabetiker? Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie: _____ _____ _____	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
3.	Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

Bitte notieren Sie jetzt alle Ihre **Operationen** (Art, Jahr, bei Bandscheibe Höhe und Seite), Herzinfarkte, und Ihrer **jetzigen Beschwerden** (Anlaß, Ort des Ursprung, Ausstrahlung, Seite):

Viele diagnostische Fragestellungen erfordern die Gabe eines **Kontrastmittels**. Dieses wird, wenn nötig, in die Armvene injiziert. Das Kontrastmittel in der Computertomographie ist ein Röntgenkontrastmittel und **jodhaltig**.

Mit der Beantwortung der folgenden Fragen helfen Sie uns, selten auftretende allergische Reaktionen wie z.B. Niesreiz, bitterer Geschmack, flüchtiger Hautausschlag, Juckreiz, Übelkeit, extrem selten: Atem- und/oder Kreislaufbeschwerden (müssen der Vollständigkeit halber genannt werden) soweit wie möglich auszuschalten!

4.	Haben sie schon einmal Röntgenkontrastmittel erhalten?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
5.	Traten dabei Nebenwirkungen auf?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
6.	Besteht eine Herz- oder Nierenkrankheit?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
7.	Sind bei Ihnen Allergien bekannt? (z.B. Asthma, Heuschnupfen oder gegen Medikamente)	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
8.	Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt? (z.B. Hepatitis, HIV, andere Infektionen)	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
9.	Besteht eine Erkrankung der Schilddrüse? Welche Medikamente nehmen Sie? _____	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
10.	Sind Sie mit der Gabe von Kontrastmittel einverstanden ? Bei Unklarheiten, Antwort bitte offen lassen.	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

Ich habe die Ausführungen gelesen und verstanden. Ich bin mir bewußt, daß durch Notfallpatienten Verzögerungen bei fest vereinbarten Terminen auftreten können und ich keinerlei Schadensersatzansprüche wegen anfallender Wartezeiten geltend machen kann.

Datum, Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten: _____