

Fragebogen zur Computertomographie CT:

NAME, Vorname _____ geb.: _____ Gewicht: _____

Liebe Patientin, lieber Patient!

Sie wurden von Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin zu uns überwiesen, um eine **Computertomographie** (auch als CT bezeichnet) durchführen zu lassen. Die Computertomographie ist eine diagnostische Methode, bei der durch **Einsatz von Röntgenstrahlen** Schnittbilder des menschlichen Körpers bzw. bestimmter Organe angefertigt werden. Zur Vermeidung von Risiken für einen begrenzten Patientenkreis bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen. Vielen Dank!

Wurde bei Ihnen bereits **früher eine Computertomographie** durchgeführt? ja () nein ()

Haben Sie die **Voraufnahmen oder Vorbefunde** dabei? ja () nein ()

Sind Sie **schwanger oder stillen Sie**? ja () nein ()

Leiden Sie an einer **übertragbaren Krankheit/Infektion**? ja () nein ()

Bei einigen Fragestellungen ist ein notwendig, Kontrastmittel über eine Vene im Arm zu spritzen. Dabei kann es gelegentlich zu einem vorübergehenden Wärmegefühl kommen, welches harmlos ist und nach einigen Sekunden wieder vergeht. Selten kann es zu einer allergischen Reaktion (Überempfindlichkeit) kommen. Bitte melden Sie sich, wenn Sie während der Untersuchung etwas Aussergewöhnliches verspüren, z.B. Juckreiz, Übelkeit oder Atemnot.

Besteht eine **Allergie** (z.B. Heuschnupfen), Überempfindlichkeit gegen Medikamente oder Pflaster? ja () nein ()

Hatten Sie bei einer früheren Untersuchung mit **Röntgenkontrastmittel** Beschwerden? ja () nein ()

Leiden Sie an **Schilddrüsenüberfunktion**? ja () nein ()

Blutungsneigung? ja () nein ()

Herzerkrankung? ja () nein ()

Nierenerkrankung? ja () nein ()

Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja () nein ()

Falls ja, wird die Zuckerkrankheit mit dem Medikament **Metformin** behandelt? ja () nein ()

Einer Kontrastmittelgabe stimme ich zu ja () nein ()

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein.

Datum _____

 Unterschrift _____
 (der Patientin / des Patienten)(bei Kindern Unterschrift der Eltern)