

PATIENTENFRAGEBOGEN

Computertomographie (CT)

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ Gewicht _____

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie unter einer der folgenden Erkrankungen leiden oder gelitten haben

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Erkrankung der Schilddrüse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Allergien (Pollen, Früchte, Tiere, Nahrung, Medikamente, Kontrastmittel, Reinigungslösungen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Waren Sie jemals wegen einer schweren allergischen Reaktion hospitalisiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Erkrankungen der Atemwege (Asthma, Atemnot, Emphysem)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Nierenerkrankung /-funktionsstörung oder Nierenoperation in der Vergangenheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bluthochdruck (Hypertonie)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Zuckerkrankheit (Diabetes)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Nehmen Sie Blutverdünner oder Medikamente gegen Zuckerkrankheit (Diabetes) regelmässig ein? Wenn ja welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Haben Sie schon einmal Röntgen Kontrastmittel in eine Vene gespritzt bekommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Falls ja: Haben Sie das Kontrastmittel gut vertragen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Für Frauen: Sind Sie schwanger oder stillen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Falls im Rahmen der Untersuchung eine Kontrastmittelgabe erforderlich ist, sollten Sie im Anschluss an die Untersuchung zur Sicherheit noch 30 Min. in unserer Praxis bleiben.

Ich bestätige hiermit, obige Fragen sowie die Information bez. einer evtl. Kontrastmittelgabe verstanden und gewissenhaft beantwortet zu haben.

Datum _____ Unterschrift _____

Wird vom Fachpersonal ausgefüllt

Kreatinin : $\mu\text{mol/L}$

Clearance (eGFR): ml/min