

Fragebogen Computertomografie

Name: Vorname: Geb.:

1. Nehmen Sie Medikamente ein, wenn ja welche? _____

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 2. Bestehen Erkrankungen im Bereich des Kreislaufs? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Des Herzens? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Der Nieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Des Stoffwechsels? Diabetes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Der Schilddrüse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie Metformin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Leiden Sie unter Allergien? (Haben Sie einen Allergiepass?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Sie eine chronische Infektionskrankheit? (HIV, TBC, Hepatitis?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Wurden bereits schon einmal CT- oder Röntgenaufnahmen durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben Sie einen Röntgenpass? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Traten bei früheren Kontrastmitteluntersuchungen Nebenwirkungen auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Frauen im gebärfähigem Alter: Könnten Sie schwanger sein? Stillen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bemerkungen des Arztes:

Folgende Untersuchung ist vorgesehen:

Computertomografie von: _____

Einwilligung:

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte alle mich interessierenden Fragen stellen, die vollständig und verständlich beantwortet wurden. Ich habe mir meine Entscheidung ausführlich überlegt und benötige keine weitere Überlegungsfrist. Ich willige in die oben beschriebene Untersuchung ein, mit evtl. erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich einverstanden.

Den Fragebogen habe ich nach bestem Gewissen ausgefüllt, die Verhaltenshinweise werde ich beachten. Eine Durchschrift des Bogens wurde mit ausgehändigt.

Ort, Datum

Patient/Patientin/evtl. gesetzlicher Vertreter