

Fragebogen zur  
**Computertomografie**

Patient:

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

1. Welche Beschwerden haben Sie in der zu untersuchenden Körperregion?

\_\_\_\_\_

Seit wann? \_\_\_\_\_

2. Handelt es sich um einen Unfall oder Unfallfolgen?

Nein  Ja

3. Sind chronische Erkrankungen bei Ihnen bekannt  
(Bluthochdruck, Schilddrüsenfehlfunktion, Diabetes)?

Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

4. Wurden Sie bereits wegen eines Tumors operiert?

Nein  Ja

Wenn ja, in welcher Körperregion und wann?

---

5. Bestehen oder bestanden schwere Funktionsstörungen  
der Nieren?

Nein  Ja

**Bitte wenden →**

6. Müssen Sie regelmäßig Medikamente einnehmen (Schilddrüsen-, Zucker- oder Blutdrucktabletten? )  Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

7. Sind bei Ihnen Allergien bekannt?  Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

8. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Computertomographie mit Kontrastmittel durchgeführt?  Nein  Ja

Wenn ja, gab es allergische Reaktionen? \_\_\_\_\_

9. Für Frauen: Könnten Sie schwanger sein?  Nein  Ja  
Stillen Sie?  Nein  Ja

10. Ihr Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg Ihre Größe: \_\_\_\_\_ m

11. Sind Infektionskrankheiten bei Ihnen bekannt (Hepatitis, HIV, etc. )?  Nein  Ja

12. Bitte geben Sie uns Ihre Telefonnummer für Rückfragen \_\_\_\_\_

13. Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

### Einwilligung

Die Fragen habe ich gelesen und gewissenhaft beantwortet. Mit der Untersuchung und ggf. mit der Gabe von Kontrastmitteln erkläre ich mich einverstanden. Ich bin auch einverstanden, dass der Befund an behandelnde Ärzte weitergegeben wird bzw. dass Befunde von anderen Ärzten eingeholt werden. Meine Angaben sind freiwillig und jederzeit widerrufbar.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten  
(bzw. des Erziehungsberechtigten)