

Nachname:
Vorname:
geboren am:



Institut für Diagnostische Radiologie Freiburg

79098 Freiburg
Tel. 0761 – 38565-0
Fax 0761 – 38565-33

Fragebogen zur Computertomographie (CT)

Die Computertomographie (CT) arbeitet mit Röntgenstrahlen.

In Abhängigkeit von der Fragestellung kann die intravenöse Gabe eines jodhaltigen Kontrastmittels notwendig sein. Bei Bauchuntersuchungen kann das Trinken oder die rektale Gabe von Kontrastmittel sinnvoll sein. Kontrastmittel können – in sehr seltenen Fällen – schwere allergische Reaktionen verursachen. Eine bestehende Schilddrüsenüberfunktion oder eine Einschränkung der Nierenfunktion können sich durch die Kontrastmittelgabe verschlechtern.

Um die Untersuchung korrekt durchführen zu können, möchten wir Sie daher bitten, die nachstehenden Fragen zu beantworten.

- | | |
|---|---|
| 1. Körpergewicht _____ kg , Körpergröße _____ cm | |
| 2. Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche?
Falls ja, wenden Sie sich bitte sofort an die Anmeldung! Das Formular muss dann nicht weiter ausgefüllt werden. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Stillen Sie ? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Sind bei Ihnen Nierenfunktionsstörungen bekannt ? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Bestehen Allergien gegen Medikamente oder bestimmte Speisen ?
Wenn ja, gegen welche ? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Haben Sie früher einmal auf Röntgenkontrastmittel allergisch reagiert ?
(falls Sie noch nie zuvor Kontrastmittel erhalten haben, bitte nein ankreuzen) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Falls Sie Diabetiker sind: Nehmen Sie Metformin ein ? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Besteht eine Schilddrüsenüberfunktion ? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit bekannt (z.B. Tuberkulose, HIV, Hepatitis, MRSA)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Haben Sie einen Röntgen-Pass ?
Falls der Arzt es für erforderlich hält: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 11.a Sind Sie mit der <u>intravenösen</u> Gabe eines Röntgenkontrastmittels einverstanden ? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 11.b Sind Sie ggf. (nur bei bestimmten Bauchuntersuchungen) mit der <u>rektalen</u> Gabe eines Kontrastmittels einverstanden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 12. Wünschen Sie für Ihren <u>eigenen</u> Bedarf Bilddaten auf CD-ROM ? (Sachkosten EUR 4,-) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Falls Sie auswärtige Bilder (z.B. auf CD-ROM) dabei haben, geben Sie diese bitte am Anmelde-schalter **vor Ihrer Untersuchung** ab, damit ggf. ein Vergleich möglich ist. Sie erhalten sie anschließend zurück.

Einwilligung zur Durchführung der Untersuchung

Ich bin mit der Durchführung der angeforderten Untersuchung(en) einverstanden. ja nein

Telefon- bzw. Mobil-Rufnummer für dringende Rückfragen:

Ort, Datum Unterschrift: