

**CT Fragebogen** (bitte in Druckschrift schreiben)

Frau  Herr

Name .....

Vorname .....

Straße .....

PLZ ..... Ort .....

Krankenkasse .....

Beihilfe (nur privat)  nein  ja

Geb.Dat. .... Tel. ....

Wie sind Sie auf unser Institut aufmerksam geworden?

- Überweisung  Empfehlung  Telefonbuch  
 Zeitung  Internet

Welches **Körpergewicht/ -größe** haben Sie?

.....kg .....cm

Könnte eine Schwangerschaft bestehen?  nein  ja

**Beantworten Sie die nachfolgenden Fragen bitte sehr sorgfältig und füllen Sie das Formular vollständig aus! Zutreffendes bitte ankreuzen!**

**Wo und wie** sind die **Beschwerden**?  rechts  links  
(bitte genau beschreiben/Körperteil)

- Schmerzen  Taubheitsgefühl  andere

**Wobei** treten die Beschwerden auf?

- in Ruhe  bei Belastung  nachts

Seit **WANN** bestehen die Beschwerden?

Hatten Sie am zu untersuchenden Körperteil/ -abschnitt einen **Unfall** oder eine ungewöhnliche Belastung?  nein  ja

Was genau und wann?.....

Wurden Sie am heute zu untersuchenden Körperteil/ -abschnitt bereits **operiert**? (auch Arthroskopie/Schlüsselloch-Chirurgie)

- nein  ja

Wenn ja, **welche** OP und **wann**?.....

1. Haben / Hatten Sie

- eine **Krebserkrankung**?  nein  ja  
Wenn ja, welches Organ ist/war an Krebs erkrankt?

Operation Wann?.....

Chemotherapie Wann?.....

Strahlentherapie Wann?.....

- **Infektionskrankheiten**?  nein  ja  
(z.B. Hepatitis, AIDS, Tbc)

2. Leiden Sie an **Diabetes** (Zuckerkrankheit)?  nein  ja  
Wenn ja, wie behandelt?

- Insulin  Diät  Tabletten

3. Traten jemals **Krampfanfälle** oder **Lähmungen** auf?  nein  ja

4. Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** ein?  nein  ja  
(z.B. Herz-, Schmerz-, blutdrucksenkende Mittel wie Marcumar oder Aspirin)

Wenn ja, welche?.....

5. Leiden Sie an einer **Jod- oder Medikamentenallergie**?  nein  ja

Wenn ja, welche?.....

6. Kam es bei einer früheren CT-Untersuchung zu **Unverträglichkeitserscheinungen**?  nein  ja

Wenn ja, welche?.....

**Einwilligungserklärung**

Ich fühle mich ausreichend informiert und willige hiermit nach angemessener Bedenkzeit in die Untersuchung ein.  nein  ja

Datum **x** .....

**x** .....  
Unterschrift Patient/in (ggf. Erziehungsberechtigte/r)