

UPITNI LIST (KOMPJUTERSKA TOMOGRAFIJA)

ANAMNEZA

upisuje asistentkinja

Da li ste imali operaciju na dijelu tijela koji će biti pregledan? Kada?

Povrede/ozljede? Trauma? Kada?

Bolovi? Gdje? Od kada?

Zamolili bismo Vas da odgovorite na ova pitanja kako bi izbjegli moguće komplikacije:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Postoji li mogućnost trudnoće? | <input type="radio"/> da | <input type="radio"/> ne |
| 2. Jeste li već imali jedan od sljedećih pregleda? | | |
| radiološki/rentgenski pregled bubrega | <input type="radio"/> da | <input type="radio"/> ne |
| kompjuterska tomografija (CT) | <input type="radio"/> da | <input type="radio"/> ne |
| venografija/Flebografija(slikanje vene) | <input type="radio"/> da | <input type="radio"/> ne |
| angiografija(pregled arterijskih krvnih sudova) | <input type="radio"/> da | <input type="radio"/> ne |
| 3. Da li su kontrastna sredstva izazvala nuspojave? U slučaju da jesu – koje? | <input type="radio"/> da | <input type="radio"/> ne |
| mučnina/povraćanje/probleme sa disanjem(gušenje) | <input type="radio"/> da | <input type="radio"/> ne |
| astmatični napad /dispneja (otežane disanje) | <input type="radio"/> da | <input type="radio"/> ne |
| osip | <input type="radio"/> da | <input type="radio"/> ne |
| grčevi/nesvjest(ica) | <input type="radio"/> da | <input type="radio"/> ne |
| drhtavica (od jake groznice) | <input type="radio"/> da | <input type="radio"/> ne |
| 4. Da li bolujete i da li ste ikada bolovali od sljedećih bolesti? | | |
| od astme | <input type="radio"/> da | <input type="radio"/> ne |
| alergije, koje se moraju lječiti | <input type="radio"/> da | <input type="radio"/> ne |
| srčane bolesti | <input type="radio"/> da | <input type="radio"/> ne |
| oboljenje bubrega/nadbubrežnih žlijezda | <input type="radio"/> da | <input type="radio"/> ne |
| oboljenje štitne žlijezde | <input type="radio"/> da | <input type="radio"/> ne |
| diabetesa | <input type="radio"/> da | <input type="radio"/> ne |
| multiples myelom | <input type="radio"/> da | <input type="radio"/> ne |

Ako bolujete od diabetesa, koje lijekove/medikamente koristite?

5. Da li imate HIV i/ili hepatitis? da ne

6. težina: kg visina: cm

UPITNI LIST (KOMPJUTERSKA TOMOGRAFIJA)



Potvrđujem da sam pročitao/ala i razumio/jela tekst.
Odobravam predloženi pregled sa eventualnim kontrastnim sredstvima.

datum

potpis

ODOBRENJE O PRIJENOSU OSOBNIH PODATAKA

Rezultate današnjeg pregleda će te dobiti bez obzira da li prijenos odobrite ili ne!

Dozvoljavam da bolnice i starački domovi, koji pripadaju „Wiener Krankenhausanstaltverbund“, memorišu slike i (lječničke) nalaze današnjeg/ih pregleda. Kako bi u slučaju da je potrebno liječenje/tretman brže došli do mojih podataka.

da

ne

Odobravam da liječniku mog povjerenja odnosno ambulanti izručite nalaze današnjeg pregleda (putem faksa).

da

ne

datum

potpis

**FACHÄRZTE FÜR RADIOLOGIE
DR. F. STUSCHKA & DR. C. ZOLLES**

Digitales Röntgen
Digitale Mammografie
Ultraschall
Farbdoppler
Knochendichtemessung DEXA

**INSTITUT FÜR SCHNITTBILD-DIAGNOSTIK
ÄRZTLICHER LEITER: DR. GERHARD ZIER**

Computertomografie
Magnetresonanztomografie

Klimschgasse 16, 1030 Wien

Tel: 01 713 80 18

Fax: 01 713 80 18 10

Mail: sekretariat@diagnosehaus.at

Web: www.diagnosehaus.at

Montag - Freitag 8.00 - 18.00 Uhr

ALLE KASSEN