

CT FRAGEBOGEN

ANAMNESE

Dieser Teil wird von einer AssistentIn ausgefüllt

Operation im Untersuchungsbereich? Wann?

Verletzungen/ Trauma? Wann?

Schmerzen? Wo genau? Seit wann?

Dosis (mGy/cm)

Um Komplikationen zu vermeiden, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| 1. Für Patientinnen: könnten Sie schwanger sein? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 2. Haben Sie eine der folgenden Untersuchungen schon einmal gehabt? | | |
| Nierenröntgen (iv Urografie) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Computertomografie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Darstellung der Beinvenen (Phlebografie) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gefäßröntgen (Angiografie/Cardangiografie) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 3. Traten bei Ihnen nach Kontrastmittelgabe Nebenwirkungen auf? Wenn ja, welche? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Übelkeit/Erbrechen/Würgegefühl | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Asthmaanfall/Atemnot | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hautausschlag | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Krampfanfälle/Bewusstlosigkeit | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schüttelfrost | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 4. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt? | | |
| Asthma | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Allergien, die einer Behandlung bedürfen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| des Herzens | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| der Niere/Nebenniere | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| der Schilddrüse | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Zuckerkrankheit | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| M. Kahler (multiples Myelom) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Im Fall von Diabetes, welche Medikamente nehmen Sie?

5. Liegt bei Ihnen eine HIV- und/oder Hepatitisinfektion vor? ja nein

6. Körpergewicht: kg Körpergröße: cm

CT FRAGEBOGEN

Ich bestätige, dass ich den Text gelesen und verstanden habe.

Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung und einer möglichen Kontrastmittelgabe zu.

Datum

Unterschrift

ZUSTIMMUNG ZUR ÜBERMITTLUNG VON PERSONENBEZOGENEN DATEN

Die Resultate der heutigen Untersuchung bekommen Sie unabhängig von Ihrer Zustimmung wie gewohnt ausgehändigt!

Ich bin damit einverstanden, dass die Bilder und Befunde der bei mir heute durchgeführten Untersuchung(en) auch bei den Spitälern und Geriatriezentren des Wiener Krankenanstaltenverbundes gespeichert werden, damit sie dort im Falle einer notwendigen Behandlung meiner Person rasch abgerufen werden können.

ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der bei mir heute durchgeführten Untersuchung(en) auf Anfrage an den von mir genannten Arzt bzw. die Ambulanz per Fax weitergeleitet werden.

ja nein

Datum

Unterschrift

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