



Name, Vorname: Geb.-Datum:
Festnetz / Mobil:
Emailadresse:
Gewicht / Größe:kgcm

Bitte beantworten Sie folgende Fragen (ggf. auch für Ihr Kind):

1. Seit wann und wo genau haben Sie die Beschwerden, weshalb Sie heute bei uns sind?
.....
.....
2. Hat in dieser Körperregion eine Operation stattgefunden? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja: welche? wann?
3. Haben die Beschwerden nach einem Sturz oder Unfall begonnen? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja: welcher? wann?
4. Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie? ☐ ja ☐ nein
5. Haben Sie Metallimplantate/ Tattoos / Metallsplitter im/am Körper? ☐ ja ☐ nein
(Herzschrittmacher, Herzklappe, Hörgerät, Cochlea-Implantat, Prothese, Zahnersatz, etc.)
Wenn ja: welches?
6. Leiden Sie an Klaustrophobie (Platzangst)? ☐ ja ☐ nein
7. Haben Sie früher bereits Kontrastmittel bekommen? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, haben Sie das Kontrastmittel gut vertragen? ☐ ja ☐ nein
Bei Unverträglichkeit, welche Reaktion trat auf?
8. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche?
9. Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche?
10. Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion bekannt? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, nehmen Sie Medikamente ein? Welche?
11. Haben Sie eine ansteckende Erkrankung, z.B. Hepatitis, HIV? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche?
12. Haben Sie ein Glaukom (grüner Star)? ☐ ja ☐ nein

Hiermit bestätige ich, die Fragen wahrheitsgemäß nach bestem Wissen beantwortet zu haben. Die Informationen zum CT / MRT habe ich gelesen und verstanden. Über die Untersuchung ggf. mit Kontrastmittelgabe und mögliche Risiken und Komplikationen fühle ich mich ausreichend aufgeklärt. Ich willige in die Untersuchung ein und bin damit einverstanden, dass das Legen von Zugängen sowie die Kontrastmittelgabe durch das medizinische Assistenzpersonal erfolgt. Ich habe jederzeit die Möglichkeit mir den Fragebogen aushändigen zu lassen.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift Patient
(ggf. Betreuer/ Sorgeberechtigter)

.....
Unterschrift Arzt