

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Gewicht: _____ Größe: _____

	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>	<u>Detailangaben</u>
<u>Für Patientinnen:</u> Sind Sie schwanger ?			Letzte Periode:
Leiden sie an einer durch Blut übertragbaren Erkrankung (z.B. AIDS/HIV, Hepatitis)?			Welche?
Besteht oder bestand eine Krebserkrankung ?			Welche?
Besteht eine Zuckerkrankheit (Diabetes)?			Nehmen Sie Zuckertabletten ein? Welche?
Besteht eine Herzerkrankung ?			Welche?
Besteht eine Nierenerkrankung ?			Welche?
Liegt oder lag eine Schilddrüsenerkrankung vor?			Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein? Welche?
Sind Allergien bekannt?			Welche?
Wurde früher eine Röntgenuntersuchung mit Kontrastmittel durchgeführt (Nieren-, Gefäßröntgen, Herzkatheter, Computertomographie)?			Wann und welche?
Wurde das Kontrastmittel vertragen?			

Anmerkungen des aufklärenden Arztes:

TSH: µU/ml Kreatinin: mg/dl

Ich habe den Fragebogen gelesen und alle Fragen verstanden.

Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich habe alle Fragen nach bestem Wissen beantwortet und weiß, dass falsche und unvollständige Angaben eine akute Gefährdung für mich / mein Kind / die von mir betreute Person darstellen können.

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Bei **Zustimmung** zur Untersuchung:

Ich willige nach gründlicher Überlegung in die computertomographische Untersuchung, ggf. einschließlich Kontrastmittel ein.

Nur bei **Ablehnung** der Untersuchung:

ich willige in die computertomographische Untersuchung nicht ein. Ich wurde ausführlich darüber aufgeklärt, dass sich dadurch Diagnostik und Therapie einer möglichen Erkrankung verzögern und eventuell erheblich erschweren können.

Uhrzeit der Übergabe _____ Uhr.

Unterschrift Stationschwester

Ich wünsche eine Kopie dieses Fragebogens.

Ich wünsche **keine** Kopie dieses Fragebogens.

Datum

Unterschrift Patient (in) / Eltern / Betreuer (in)

Unterschrift Arzt