



Dr. med. P. May, Dr. med. H. Rausch, Dr. med. Strecker

Dr. med. D. May

Fragebogen für CT Untersuchungen

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Besteht eine Allergie gegen **Röntgenkontrastmittel**? Ja Nein

Leiden Sie an anderen Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Hyperthyreose (**Schilddrüsenüberfunktion**) Ja Nein

Ist bei Ihnen eine **Nierenerkrankung** bekannt? Ja Nein

Besteht ein Diabetes mellitus (**Zuckerkrankheit**)? Ja Nein

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

Ist bei Ihnen eine Hypertonie (**erhöhter Blutdruck**) bekannt? Ja Nein

Nehmen Sie **blutverdünnende Medikamente**? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Ist bei Ihnen andere Erkrankung bekannt? HIV Hepatitis _____

Körpergewicht: _____ kg

Für Frauen im gebärfähigen Alter:

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Stillen Sie zur Zeit? Ja Nein

(Etikettenaufkleber):

Datum: _____ Unterschrift: _____

Falls Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns!