



Patientenfragebogen
Konventionelles Röntgen mit Kontrastmittel / Computertomographie



Abteilung für Diagnostische Radiologie / Praxis für Diagnostische Radiologie im MVZ

Anderweitige (chronische) Erkrankungen:

- | | | | | | |
|--|--------------------------|------|--------------------------|----|-------|
| Stoffwechselerkrankungen
(z. B. Diabetes mellitus) | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | |
| Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | |
| Herz-/Kreislaufkrankungen
(z. B. Herzinfarkt, Bluthochdruck) | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | |
| Blutgefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | |
| Gerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | |
| Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | |
| Lebererkrankungen
(z. B. Leberzirrhose, Fettleber) | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | |
| Rheumatische Erkrankungen
(z. B. Gicht, Rheumatoidarthritis) | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | |
| Erkrankungen Nervensystem | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | |
| Infektionskrankheiten
(z. B. Hepatitis, HIV, MRSA, Noroviren-Infektion) | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | |
| Verletzungen / Frakturen | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | |

Welche? Wann?

Wann und wie wurden/werden Sie deswegen behandelt (Medikamente, Operation, Bestrahlung, Chemotherapie)?

.....
.....

Nehmen Sie aus anderen Gründen regelmäßig Medikamente ein?

- nein ja Welche? Dosis?

Wurden Sie aus anderen Gründen schon einmal operiert?

- nein ja Wann?
- Welche Organe/Körperbereich?

Enthält Ihr Körper Metallteile, z. B. Herzschrittmacher oder andere elektronische Geräte, Gefäßclips, Granatsplitter, Prothesen, Osteosynthese-Materialien oder ähnliches?

- nein ja Welche? Wo? Seit wann?

Zusätzliche Bemerkungen

Ich wünsche eine Kopie des Patientenfragebogens!

- nein ja

Sehr häufig liefert die Anwendung eines **Kontrastmittels** wichtige Zusatzinformationen zur Diagnose. Die verwendeten Kontrastmittel sind gut verträglich.

Allergische Reaktionen können auftreten. Sollten Sie noch Fragen insbesondere im Hinblick auf das Kontrastmittel haben, so können Sie diese vor der Untersuchung mit dem Arzt/der Ärztin abklären.

Ich habe die Fragen gewissenhaft beantwortet und bin nach ausreichender Bedenkzeit mit der Untersuchung einverstanden.

Außerdem bin ich damit einverstanden, dass von mir angefertigte Bilddokumentationen und Befundberichte bei Bedarf an die mich weiterbehandelnden Ärzte weitergeleitet werden dürfen.

Chemnitz, den
Datum Unterschrift Patient(in) / Sorgeberechtigter Unterschrift Arzt