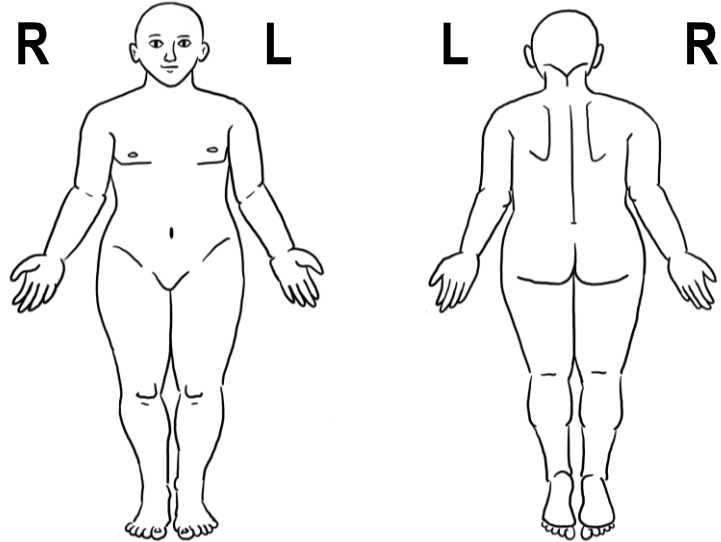


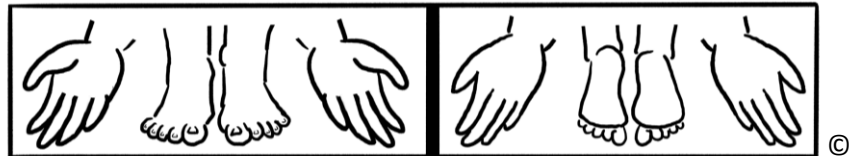
## COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) - ANAMNESEBLATT / FRAGEBOGEN

Nehmen Sie sich bitte kurz Zeit für folgende Fragen. **Sie tragen damit zu Ihrer Diagnose bei.** Bitte beschreiben Sie kurz Ihre **Beschwerden** und **markieren** Sie in den **Skizzen exakt** die Region, wo sie die **Schmerzen/Beschwerden** haben.

Beschreiben Sie Ihre Beschwerden:



Vergößerung:



Ihre Größe: ..... Ihr Gewicht: .....

**Wurden bereits Operationen durchgeführt?**

Ja  Nein

Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_

**Sind Operationen geplant?**

Ja  Nein

Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_

**Ist ein Unfall die Ursache Ihrer Beschwerden? (Verkehrsunfall, Sportunfall, etc)**

Ja  Nein

Wenn ja, wann war dieser Unfall? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an, oder hatten Sie, abgesehen vom Grund der heutigen Untersuchung, einer der folgenden Krankheiten?**

**Nierenerkrankung (Nierenoperation)?**

Ja  Nein

**Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?**

Ja  Nein

**Hypertonie (Bluthochdruck)?**

Ja  Nein

**Tumorerkrankungen?**

Ja  Nein

Wenn ja, hatten Sie eine **Chemotherapie**

Ja  Nein

oder eine **Immuntherapie,**

Ja  Nein

oder eine **Strahlentherapie?**

Ja  Nein

**Andere Erkrankungen?** \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**

Ja  Nein

Wie viele Jahre? \_\_\_\_\_

Anzahl Packungen pro Tag? \_\_\_\_\_

Das ursprüngliche Merkblatt ist auch im Internet unter [www.oerg.at](http://www.oerg.at) abrufbar.

**Haben Sie folgende Untersuchungen schon einmal gehabt?**

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Nierenröntgen (Urographie)                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Computertomographie (CT)                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Darstellung der Beinvenen (Phlebographie)  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gefäßröntgen (Angiographie / Herzkatheter) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

**Trat nach einer Kontrastmittelverabreichung Nebenwirkungen auf? Wenn ja, welche:**

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>Übelkeit / Erbrechen / Würgegefühl</b> | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Asthmaanfall / Atemnot</b>             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Hautausschlag</b>                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit</b>    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Schüttelfrost</b>                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Andere?</b> _____                      |                             |                               |

**Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?**

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>Asthma / COPD?</b>   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Allergien, die einer Behandlung bedürfen?<br/>des Herzens?</b> | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>der Niere / Nebenniere?</b>                                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>der Schilddrüse?</b>   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Zuckerkrankheit (Diabetes)?</b>                                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Wenn ja, welche Diabetes-Medikamente nehmen Sie?</b> _____     |                             |                               |

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>M. Kahler (multiples Myelom)?</b>                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Myasthenia gravis? (spezielle Muskelerkrankung)</b> | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

**Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder einen implantierten Defibrillator?**

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|--|-----------------------------|-------------------------------|

Fabrikat: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|--|-----------------------------|-------------------------------|

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Besteht/bestand eine Infektionskrankheit? (z.B. Hepatitis, TBC, HIV)**

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|--|-----------------------------|-------------------------------|

**Könnten Sie schwanger sein, stillen Sie gerade?**

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|--|-----------------------------|-------------------------------|

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen und verstanden habe. Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet. Ich fühle mich informiert, habe mir meine Entscheidung überlegt und benötige keine weitere Überlegungsfrist. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu. In einem Gespräch sind meine weiteren Fragen ausreichend beantwortet worden.

Datum/Uhrzeit/Unterschrift d. **Patienten** bzw. gesetzlichen Vertreters

Namen und Unterschrift d. **ÄrztIn** und MTD/MTF/RT

**Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:**

PatientIn stimmt der Untersuchung zu.

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Kontrastmittel:

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Im Fall der Ablehnung der Untersuchung wurde die/der Patientin/Patient über die sich ergebenden möglichen Nachteile informiert.

**Wir bitten Sie, dieses Formular vor der Untersuchung der/dem Assistentin/en zu übergeben.**