

Name: \_\_\_\_\_ (bitte in Druckbuchstaben)

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_

## Fragenbogen zur Computertomographie

bzw. zu dem eventuell hier verwendeten Röntgenkontrastmittel

- Zuckerkrankheit?      Ja\_\_\_\_      Nein\_\_\_\_
- Kontrastmittelallergie (Jodallergie)?      Ja\_\_\_\_      Nein\_\_\_\_
- Schilddrüsenüberfunktion?      Ja\_\_\_\_      Nein\_\_\_\_
- Nierenfunktionsstörung?      Ja\_\_\_\_      Nein\_\_\_\_
- bei Frauen:  
Könnte eine Schwangerschaft bestehen?      Ja\_\_\_\_      Nein\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Ort, den