



Fragebogen Computertomographie (CT)

Name und Vorname

Geburtsdatum

Gewicht (kg)

Grösse (cm)

		ja	nein
1.	Wurde bei Ihnen schon einmal eine CT durchgeführt? Wenn ja, welche Region?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Haben Sie schon einmal Röntgenkontrastmittel (intravenös) erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Wenn ja, haben Sie es gut vertragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Sind bei Ihnen Allergien bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Leiden Sie unter Asthma bronchiale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ist eine Erkrankung der Nieren bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ist ein Diabetes mellitus bekannt? Wenn ja, wie wird er behandelt? <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> Tabletten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ist eine Erkrankung der Schilddrüse bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Für Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor oder sind Sie in der Stillzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Zur Beurteilung der Kostenübernahme benötigt Ihre Versicherung evtl. den Röntgenbericht. Erlauben Sie uns die Weitergabe des Berichtes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige hiermit, obige Fragen gewissenhaft beantwortet zu haben.

Datum: _____ Unterschrift: _____