RADIOLOGISCHES ZENTRUM
Höchstadt / Aisch

Patientenaufkleber

**Fragebogen CT Cardio Ca-Score/CTA**

Name:_____ Geb. Datum:_____ E-Mail:_____
Telefonnummer:_____ Mobil:_____
Größe:_____ Gewicht:_____

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 Werden **regelmäßig Medikamente** eingenommen? | □ nein | □ ja | Welche:_____ |
| 2 Bestehen **Allergien** oder **Unverträglichkeiten**? | □ nein | □ ja | Welche:_____ |
| 3 Besteht eine **Infektionskrankheit**? | □ nein | □ ja | Welche:_____ |
| 4 Besteht eine **Herzschwäche**, **Herzrhythmusstörungen** oder kam es zu einem **Herzinfarkt**? | □ nein | □ ja | Welche:_____ _____ |
| 5 Besteht eine Herzklappenerkrankung? | □ nein | □ ja | Welche:_____ |
| 6 Besteht eine **Herzerkrankung** (z.B. Herzbeutelentzündung, Kardiomyopathie, Septumdefekt)? | □ nein | □ ja | Welche:_____ |
| 7 Wurde schon einmal eine **Operation** am Herzen durchgeführt? | □ nein | □ ja | Welche:_____ |
| 8 Fand schon einmal ein **Kathetereingriff** statt, bei dem ein Stent implantiert wurde? | □ nein | □ ja | Wo/Wann:_____ __ |
| 9 Befinden sich **Implantate** im Körper? | □ nein | □ ja | Wo:_____ |
| 10 Besteht eine **Atemwegs-/Lungenerkrankung**? | □ nein | □ ja | Welche:_____ |
| 11 Besteht eine **Stoffwechselerkrankung**? | □ nein | □ ja | Welche:_____ |
| 12 Besteht eine Erkrankung des **Nervensystems**? | □ nein | □ ja | Welche:_____ |
| 13 Besteht eine **Gefäßerkrankung**? | □ nein | □ ja | Welche:_____ |
| 14 Besteht eine **Erkrankung** der **Nieren**? | □ nein | □ ja | Welche:_____ |
| 15 Besteht/Bestand eine **Tumorerkrankung**? | □ nein | □ ja | Welche:_____ |
| 16 Besteht eine **Schilddrüsenerkrankung**? | □ nein | □ ja | Welche:_____ |
| | | | |
| **17 Könnten sie schwanger sein?** | **□ nein** | **□ ja** | |

**CT Aufklärung**:

– Strahlenbelastung
– Paravasat (Flüssigkeit im umliegenden Gewebe)
– Allergien (Hautausschlag, Übelkeit, Schock)
– Nierenschädigung, Nierenversagen
– Schilddrüsenschädigung, Überfunktion
– Thyreotoxische Krise
– Haut-Gewebe-Nervenschädigung-Infektion bei Injektion

**Datenschutz/ Einwilligung:**

Ich habe die Patienteninformation gelesen und verstanden und willige hiermit in die durchzuführende Untersuchung ein.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden dass,

– mein Radiologe mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
– Mein Radiologe mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Sollte Ich den Arzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Arzt meinen neuen Arzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Arzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Arzt anfordert.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ärztin/Arzt Datum, Patientin/Patient