



RADIOLOGISCHES ZENTRUM

Höchststadt / Aisch

Praxisstempel

Patientenaufkleber

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Fragebogen CT Cardio Ca-Score/CTA

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

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