

Patientenfragebogen Computertomographie – CT

Für Ihre Sicherheit bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Allgemeine Fragen Alter: Körpergewicht (kg): Grösse (cm):

Fragen in Zusammenhang mit einer möglichen Kontrastmittelgabe in die Vene	Nein	Ja	Visum MTRA
Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Leiden Sie an Asthma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Haben Sie jemals auf ein Kontrastmittel allergisch reagiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Haben oder hatten Sie eine Schilddrüsenüberfunktion?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hatten Sie in der Vergangenheit eine Nierenoperation?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Leiden Sie an Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Haben Sie Bluthochdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mussten Sie sich jemals einer Chemotherapie unterziehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Haben Sie Gicht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Für Frauen

Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stillen Sie zurzeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein?

Ich bin einverstanden, dass Imamed zur Befunderhebung wichtige Aufnahmen und Befunde auswärtiger Untersuchungen anfordern darf. Ebenfalls dürfen meine Bilder mitbehandelnden Ärzten auf Anforderung zur Verfügung gestellt werden.

Ort, Datum Unterschrift

Für interne Zwecke

BMI:

Kreatinin: µmol/l

GFR: ml/min

Imamed

Radiologie Nordwest
Postfach, 4005 Basel
www.imamed.ch

Tel. 061 686 42 42
Fax 061 686 42 43
anmeldung@imamed.ch

Grossbasel
Sternengasse 18
4051 Basel

Kleinbasel
Untere Rebgasse 18
4058 Basel

Liestal
Rheinstrasse 16
4410 Liestal

Reinach
Bruggstrasse 12b
4153 Reinach