

## Patientenfragebogen - Computertomographie (CT)

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

Körpergewicht (kg):

Körpergrösse (cm):

### Fragen in Zusammenhang mit einer möglichen Kontrastmittelgabe in die Vene

	Ja	Nein	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 AG  
 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