

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bei Ihnen soll eine

## Computertomographie des Kopfes

durchgeführt werden. Hierzu benötigen wir von Ihnen noch einige Angaben.  
**Zutreffendes bitte ankreuzen!**

Name: \_\_\_\_\_

Archivnummer: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht: M  W

Geboren: \_\_\_\_\_

Zur besseren Unterscheidbarkeit der Gewebestrukturen des Gehirns kann es notwendig werden, vor der Untersuchung ein Kontrastmittel in die Vene zu injizieren.

- Haben Sie bereits früher schon einmal ein Kontrastmittel injiziert bekommen? Ja  Nein
- Falls ja, wie haben Sie es vertragen? Gut  Übelkeit  Allergie  Sonstiges  \_\_\_\_\_
- Besteht bei Ihnen eine Überfunktion der Schilddrüse? Ja  Nein
- Besteht bei Ihnen eine Allergie? Ja  Nein
- Falls ja, wogegen? \_\_\_\_\_
- Wurden Sie bereits im Bereich des Gehirns, des Gesichts oder des Halses operiert? Ja  Nein
- Falls ja, an welchen Organen? \_\_\_\_\_
- Haben Sie eine Erkrankung oder Funktionseinschränkung der Nieren, die mit einer Erhöhung der harnpflichtigen Substanzen im Blut einhergeht? Ja  Nein  Weiß nicht
- Beschreiben Sie bitte kurz Ihre jetzigen Beschwerden, die zur vorgesehenen Untersuchung geführt haben:  
\_\_\_\_\_

### Zusätzliche Angaben bei Frauen

- Besteht eine Schwangerschaft?  
Ja  Nein
- Datum der letzten Menstruation  
Zeitpunkt: \_\_\_\_\_

### Nehmen Sie Antidiabetika ein, die Metformin enthalten?

Ja  Nein  Nehme AB ein, kenne aber   
den Namen nicht

Wenn ja, wann haben Sie das metforminhaltige Antidiabetikum  
zuletzt eingenommen?  
Zeitpunkt: \_\_\_\_\_

- Wann habe Sie Ihren nächsten Termin beim zuweisenden Arzt? Termin: \_\_\_\_\_
- Name Ihres Hausarztes: \_\_\_\_\_

**Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, alle Angaben richtig und vollständig gemacht zu haben.**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_