



DIAGNOSEZENTRUM DONAUSTADT

## ANMELDUNG COMPUTER-TOMOGRAPHIE (CT)

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Wir freuen uns, dass Sie sich bei uns für eine Computertomographie angemeldet haben.

Ihr Termin ist am \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013 um \_\_\_\_\_.

Um diese Untersuchung erfolgreich durchzuführen, bitten wir Sie folgenden Punkte zu beachten:

- Die Zuweisung sollten Sie bitte bis zum Untersuchungstag vom Chefarzt bewilligen lassen, ansonsten müssten Sie die Untersuchung privat bezahlen.
- Sollten Vorbefunde und Vorbilder betreffend der Untersuchungsregion vorhanden sein, dann bitten wir Sie, diese am Untersuchungstag mitzubringen.
- Bitte bringen Sie Ihre letzte Blutuntersuchung (TSH, Kreatinin, GFR) mit.
- Untersuchungsvorbereitungen bitte beachten:
  - Bei Ihrer Untersuchung muß Kontrastmittel in eine Vene injiziert werden. Sie werden daher gebeten, mindestens 3 Stunden vor der Untersuchung nichts zu essen.
  - Bei Ihrer Untersuchung muß der Darm mit Milch gefüllt werden. Wir bitten Sie daher, 2 Stunden vor der Untersuchung mindestens 1,5l Milch zu trinken.
  - Bei Ihrer Untersuchung muß der Darm mit Kontrastmittel gefüllt werden. Wir bitten Sie daher, die mitgegebene Flasche Scannotrast mit 1l Wasser zu mischen und 1,5 Stunden vor der Untersuchung zu trinken.
  - Sollten Sie Diabetiker sein und Biocos, Diabesin, Diabetase, Diabetex, Glucobon, Glucophage, Juformin, Mediabet, Meglucon, Mescorit, Metfogamma, Metformin, Siofor, Avandamet, Competact, Diabiformin, Efficib, Eucreas, Janumet, Velmetia, Zomarist oder andere metformin-haltige Medikamente einnehmen, dann bitten wir Sie diese unbedingt 2 Tage vor der Untersuchung bis 2 Tage nach der Untersuchung abzusetzen. Dies ist notwendig, da diese Medikamente zusammen mit dem Kontrastmittel nicht gut verträglich sind.
- Damit wir unsererseits alle Termine einhalten können und um unnötige Wartezeiten für die nächsten Patienten zu vermeiden, bitten wir Sie, pünktlich zu kommen und sich 10 Minuten vor dem vereinbarten Termin am Schalter anzumelden.

Terminabsagen oder Terminverschiebungen bitte unter der Telefonnummer 01/203 31 26 bekannt geben

Wir freuen uns auf Ihr Kommen!

Dr. Günther Alth und Dr. Friedrich Vorbeck

# CT Anamnesebogen



Untersuchungsdatum:	/2013
---------------------	-------

Patientenname	Vorname	Geb.Dat	Gewicht	männl./ weibl.

nein ja

<b>Laborwerte</b>		TSH, Kreatinin (Krea), GFR
-------------------	--	----------------------------

## Kontraindikationen

nein ja

Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamente: _____
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____

nein ja

Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stück Zig./Tag: _____ wie viele Jahre: _____
Unfall in Untersuch.region	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann: _____
OP in Untersuch.region	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Was: _____

## Bekannter Tumor und Behandlung

nein	ja	Datum
------	----	-------

Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chemo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
weitere Behandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Krankengeschichte:

---



---



---



---

Unterschrift  
RT oder Arzt:

Unterschrift  
Patient:

---