

CT Anamnesebogen



Untersuch. datum _____

Patientenname Vorname Geb.Dat Gewicht M/W

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: _____

Indikation

	nein	ja	
Nikotin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pkg/Jahre: _____
Trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann: _____
Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Was: _____

bekannter Tumor nein ja seit wann OP Chemo Radiatio

N. bronchi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
N. mammae	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
N. prostatae	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
N. coli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
N. renis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Melanom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Lymphom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Plattenepithel-CA Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Sonstiges

RT oder Arzt: _____ Patient: _____