**Fragebogen – Kardio-CT**

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Untersuchung des Herzens durchgeführt?

 ja  nein

Wenn ja: Wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sind Sie früher schon einmal mit Röntgenkontrastmittel untersucht worden?

 ja  nein

Wenn ja, haben Sie nach der Gabe von Röntgenkontrastmitteln

 ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Allergien oder eine Überempfindlichkeit bekannt?

 ja  nein

Gegen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen eine Überfunktion der Schilddrüse bekannt?

 ja  nein

Wenn ja, Behandlung mit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Erkrankungen der Nieren bekannt?

 ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen eine Zuckererkrankung (Diabetes) bekannt?

 ja  nein

Wenn ja, mit welchen Medikamenten wird behandelt? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tragen Sie einen Herzschrittmacher, eine künstliche Herzklappe oder sind bei Ihnen Herzrhythmusstörungen bekannt?

 ja  nein

Sind Sie schon einmal am Herzen operiert?

 ja  nein

Besteht eine Herzschwäche oder hatten Sie einen Herzinfarkt?

 ja  nein

Ist eine Herzklappenerkrankung (Aortenklappenstenose) bekannt?

 ja  nein

Wurde schon einmal ein Herzkatheter durchgeführt?

 ja  nein

Wenn ja – wo und wann: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nennen Sie uns bitte ihr Körpergewicht und Ihre Körpergröße:

Körpergröße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Gewicht:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Für Patientinnen bitte in jedem Falle ausfüllen: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

 ja  nein