

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
