

PATIENTENFRAGEBOGEN FÜR DIE DURCHFÜHRUNG EINER COMPUTERTOMOGRAFIE DES THORAX (BRUSTKORB)

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Sie haben von Ihrem Arzt eine Zuweisung zur Durchführung einer computertomografischen Untersuchung des Brustkorbs erhalten. Um eine korrekte radiologische Befundung durchführen zu können, benötigt der Radiologe im Vorfeld einige Informationen. Die Beantwortung der untenstehenden Fragen erfolgt auf freiwilliger Basis, jedoch können Sie den Radiologen durch das Ausfüllen dieses Fragebogens auf dem Weg zur Diagnosestellung maßgeblich unterstützen.

weiblich männlich

Vorname _____ Nachname _____ Geburtsdatum _____

SYMPTOME

SEIT WANN?

Atemnot

- Schleichend
Hin und wieder auftretend
Belastungsabhängig

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

Husten

- Trocken
Auswurf (Schleim)
Belastungsabhängig

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

SCHMERZEN IM BRUSTBEREICH

SEIT WANN?

Haben Sie Schmerzen im Brustbereich?

- Dauer bei Auftreten: (ungefähr)
Im Liegen?
Im Sitzen?
Im Stehen?
Beim Gehen?
Bei Bewegungen?
Leiden Sie an Sodbrennen?

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

Unbekannt

RAUCHERSTATUS

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?

- Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?
Seit wie vielen Jahren?

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
|-------------------------------|-----------------------------|

VORERKRANKUNGEN / VORLIEGENDE ERKRANKUNGEN

Bluthochdruck

Nein Ja

Diabetes

Nein Ja

Erhöhte Blutfettwerte

Nein Ja

Rheuma

Nein Ja

Schlaganfall

Nein Ja

Herzinfarkt

Nein Ja

Krebserkrankung

Nein Ja

Weitere? Wenn ja, welche:

Bekannte Allergien?

Nein Ja

Wenn ja, welche Allergien?

MEDIKAMENTE

Bluthochdrucksenkende Medikamente

Nein Ja

Medikamente gegen Diabetes

Nein Ja

Cholesterinsenkende Medikamente

Nein Ja

Rheumamedikamente

Nein Ja

Blutverdünnende Medikamente

Nein Ja

Chemotherapie

Nein Ja

Schmerzmittel

Nein Ja

BERUF, HOBBIES, KONTAKT ZU TIEREN

Beruf / ehemaliger Beruf:

Haben Sie ein Hobby, bei dem Sie viel Staub,
Rauch oder Dämpfe einatmen?

Nein Ja

Wenn ja, welches?

Haben Sie häufigen Kontakt zu Tieren
bzw. haben Sie Haustiere?

Nein Ja

Katze

Nein Ja

Hund

Nein Ja

Vögel

Nein Ja

Fische

Nein Ja

Pferde

Nein Ja

Gibt es in Ihrem Zuhause feuchte Wände?

Nein Ja

Waren Sie in den letzten Jahren im Ausland?

Nein Ja

Wenn ja, wo?