

## Sicherheitsfragebogen CT-Untersuchung

Hatten Sie schon mal eine CT-Untersuchung ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Hatten Sie schon mal eine Kontrastmittelinjektion ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Leiden Sie an Allergien ? Wenn ja, an welchen ? .....	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
<b>Wie viel wiegen Sie ? ..... Kg</b>		
Leiden Sie an einer Nierenerkrankung oder Niereninsuffizienz ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Leiden Sie an Diabetes ? Wenn ja, welches Medikament nehmen Sie ein ? .....	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Leiden Sie unter einem Glaukom (hoher Augendruck) ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Nehmen Sie Medikamente ?		
Blutgerinnungshemmer <input type="checkbox"/>	Für Hyperthyreose <input type="checkbox"/>	Andere <input type="checkbox"/>

### FÜR FRAUEN :

<span style="color: magenta; font-size: 2em; float: left; margin-right: 10px;">♀</span> Sind Sie schwanger oder könnten Sie schwanger sein ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
<span style="color: magenta; font-size: 2em; float: right; margin-left: 10px;">♀</span> Stillen Sie ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Herr       Frau       **Geburtsdatum :** .....

**Name :** ..... **Vorname :** .....

Die medizinischen Berichte, Befunde sowie die in unserem Zentrum aufgenommenen Bilder werden an den überweisenden Arzt und andere auf dem Überweisungsformular genannten Angehörigen der Gesundheitsberufe gesendet. Häufig fragen bei uns Fachärzte, Krankenhäuser, **CHUV oder HUG (Genfer Universitätskliniken)** Ergebnisse von Untersuchungen, Befunde und Bilder an, die in unserem Zentrum durchgeführt wurden. Durch Unterzeichnung

- erklären Sie sich damit einverstanden, dass die medizinischen Berichte, Befunde und die Bilder, die im Rahmen der Behandlung angefertigt werden, unter Beachtung der Verhältnismäßigkeit an die vorgenannten Einrichtungen gesendet werden dürfen;
- erklären Sie sich damit einverstanden, dass das **Imagerie La Chaux-de-Fonds SA** unter Beachtung der Verhältnismäßigkeit alte Berichte, Befunde oder Bilder anfordern darf, die zur Feststellung der Diagnose im Zusammenhang mit den bei uns durchgeführten Untersuchungen erforderlich sind.

Datum :

Unterschrift :