

Patientenfragebogen für die Durchführung einer Computertomografie des Thorax (Brustkorb)

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.

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____ weiblich männlich

Symptome

Atemnot	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Seit wann? _____
Schleichend	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Hin und wieder auftretend	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Belastungsabhängig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Husten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Seit wann? _____
Trocken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Auswurf (Schleim)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Schmerzen im Brustbereich

Haben Sie Schmerzen im Brustbereich? ja nein Seit wann? _____

Dauer bei Auftreten (ungefähr): _____

Im Liegen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Im Sitzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Im Stehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Beim Gehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bei Bewegung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leiden Sie häufig an Sodbrennen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt

Raucherstatus

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? ja nein

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

Vorerkrankungen/vorliegende Erkrankungen

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Weitere? Wenn ja, welche:	_____		
Bekannte Allergien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche Allergien?	_____		

Bitte wenden und Rückseite ausfüllen.

Medikamente

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Blutdrucksenkende Medikamente | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Medikamente gegen Diabetes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Cholesterinsenkende Medikamente | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rheumamedikamente | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutverdünnende Medikamente | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Chemotherapie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Beruf, Hobbys, Kontakt zu Tieren

Beruf/ehemaliger Beruf: _____

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

Wenn ja, welches? _____

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

Katze ja nein

Hund ja nein

Vögel ja nein

Fische ja nein

Pferde ja nein

Gibt es in Ihrem Zuhause feuchte Wände? ja nein

Waren Sie in den letzten Jahren im Ausland? ja nein

Wenn ja, wo? _____

