

## CT-scan hart vragenlijst - Duits

### Fragebogen für Herz-CT

Ihr Name: \_\_\_\_\_

Ihr Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ihr Gewicht: \_\_\_\_\_ kg und Größe: \_\_\_\_\_ m

1. Wurde bei Ihnen in der letzten Woche
  - eine CT-Untersuchung mit jodhaltigem Kontrastmittel durchgeführt?  ja  nein
  - eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt?  ja  nein
2. Reagieren Sie allergisch auf jodhaltiges Kontrastmittel?  ja  nein  
Wenn ja, wie stark war diese Reaktion?
  - Leichte allergische Reaktion mit Juckreiz, Hautausschlag und Übelkeit
  - Schwere allergische Reaktion, die medizinisch behandelt werden musste (z. B. Atemnot, Krankenhausaufenthalt)
3. Leiden Sie an einer Schilddrüsenüberfunktion?  ja  nein
4. Haben Sie „schlechte“ Venen zur Blutabnahme?  ja  nein
5. Haben Sie sich jemals einer brusterhaltenden Operation oder einer Mastektomie unterzogen?  ja  nein  
Wenn ja, an welcher Seite?
  - links
  - rechtsWurde bei dieser Operation auch ein Lymphknoten in der Achselhöhle entfernt?  ja  nein
6. Für Frauen: Sind Sie (möglicherweise) schwanger?  ja  nein
7. Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht?  ja  nein
8. Leiden Sie an Bluthochdruck (Hypertonie)?  ja  nein  
Nehmen Sie Medikamente gegen Bluthochdruck ein?  ja  nein
9. Leiden Sie an niedrigem Blutdruck (Hypotonie)?  ja  nein  
Nehmen Sie Medikamente gegen niedrigen Blutdruck ein?  ja  nein

10. Leiden Sie an COPD?  ja  nein
11. Sind Ihre Cholesterinwerte erhöht?  
Nehmen Sie Cholesterinsenker ein?  ja  nein
12. Gibt es in Ihrer Familie Herzkrankheiten?  ja  nein
13. Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt?  ja  nein
14. Haben Sie bei Belastung Beschwerden in der Herzgegend?  ja  nein
15. Hatten Sie eine Bypass-OP am Herzen?  ja  nein
16. Ist in Ihrem Herz ein Stent gelegt worden?  ja  nein
17. Reagieren Sie allergisch auf bestimmte Medikamente?  ja  nein
18. Nehmen Sie Viagra ein?  ja  nein

**Medikamente zur Vorbereitung einer CT-Untersuchung**

Mussten Sie zur Vorbereitung der CT-Untersuchung irgendwelche Medikamente einnehmen?

Wenn ja, bitte angeben, welches Medikament:

\_\_\_\_\_

Dosierung des Medikaments: \_\_\_\_\_mg.

Anzahl der eingenommenen Tabletten pro Tag: \_\_\_\_\_ Stück.

**Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen mit zu Ihrem Termin.**