

Fragebogen PET

Patientenetikett

- **Haben Sie Angst in engen Räumen (Klaustrophobie, „Platzangst“)** nein ja
- **Kann eine Schwangerschaft gänzlich ausgeschlossen werden?** nein ja
Bei stillenden Müttern bitte Rückfrage vor der Untersuchung mit RT/Arzt!
- **Zeitpunkt der letzten Mahlzeit?** Uhr
- **Leiden Sie derzeit an einer Verkühlung oder Infektion?** nein ja
- **Leiden Sie derzeit an Verdauungsproblemen (Durchfall, Verstopfung)?** nein ja
- **Haben Sie derzeit muskuläre Verspannungen (Muskelkater)?** nein ja
Wenn ja: Wo?
- **Ist bei Ihnen eine Allergie oder Unverträglichkeit gegen ein Medikament bekannt?** nein ja
Wenn ja: Wogegen?
- **Leiden Sie an Diabetes mellitus?** nein ja
Wenn ja: Welches Medikament nehmen Sie?
- **Leiden Sie an Asthma bronchiale?** nein ja
- **Leiden Sie an Glaukom (grüner Star)?** nein ja
- **Hatten Sie im letzten Jahr eine Operation?** nein ja
Wenn ja: Wann und welche Operation?
- **Hatten Sie eine Chemotherapie?** nein ja
Wenn ja: Wann zuletzt?
- **Hatten Sie eine Strahlentherapie?** nein ja
Wenn ja: Wann zuletzt?

Bitte umblättern!

➤ Welche Voruntersuchungen wurden durchgeführt?

Körperbereich

Ultraschall	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
CT	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
MR	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
PET	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
PET/CT	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die Patienteninformation gelesen, verstanden und diesen Fragebogen nach bestem Wissen beantwortet habe. **Weitere Fragen meinerseits konnten in einem persönlichen Gespräch ausreichend beantwortet werden.** Ebenso erkläre ich mich einverstanden, dass meine Untersuchungsdaten selbstverständlich anonym für wissenschaftliche bzw. statistische Zwecke ausgewertet werden können.

Unterschrift Patient
bzw. des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift Arzt

Datum, Uhrzeit

Unterschrift RT

Wir bitten Sie, dieses Formular vor der Untersuchung der/dem RT zu übergeben.

Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

.....

.....

.....

Der Patient stimmt der Untersuchung zu: ja nein

Im Fall der Ablehnung der Untersuchung wurde der/die PatientIn über mögliche Nachteile informiert.

.....