RADIOLOGISCHE PRAXIS
EISENHÜTTENSTADT

Name: ..... Vorname: ..... Geb.datum: .....

Anamnesebogen Hals- oder Brustraum:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer MRT bzw. CT Ihres Halses und/oder Thorax (Brustraumes) überwiesen.
Zur optimalen Planung der Untersuchung bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten:

Welche Beschwerden/Schmerzen haben Sie? .....

.....

Wo genau? ☐links ☐rechts

Seit wann haben Sie Beschwerden? ..... Tage ..... Wochen ..... Monate ..... Jahre

Haben Sie ständige Beschwerden? ☐ja ☐nein

Haben Sie Husten? ☐ja ☐nein

Haben Sie Auswurf? ☐ja ☐nein

Rauchen Sie? ☐ja ☐nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? ..... Seit wann? .....

Haben Sie im letzten Jahr eine deutliche Gewichtsveränderung bemerkt? ☐ja ☐nein

Welcher Art: ☐Gewichtsabnahme ☐Gewichtszunahme

Sind Sie schon im Hals-, oder Brustraum untersucht worden? ☐Sonogr. ☐Röntgen ☐CT ☐MRT

Wenn ja, wann? ..... Ergebnis? .....

Sind Sie bereits im Hals-, Brust- oder Bauchraum operiert worden? ☐ja ☐nein

Wenn ja, wann? ..... Ergebnis? .....

Besteht oder bestand ein Tumorleiden/Krebserkrankung? ☐ja ☐nein

Wenn ja, welcher Art? .....

Ist bei Ihnen bereits eine Chemo- bzw. Strahlentherapie durchgeführt worden? ☐ja ☐nein

Datum: ..... Unterschrift des Patienten: .....