

Röntgenfragebogen

.....
Name Geburtsdatum

.....
Anschrift

Größe: cm Gewicht: kg

- Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
- Rauchen Sie? ja nein
 Wenn ja, seit wann ?
 wieviel täglich ? Zig./tgl.
- Folgende Untersuchungen wurden bereits früher durchgeführt:
 - ▶ Röntgenuntersuchungen (auch Mammographien) ja nein
 - ▶ Nuklearmedizinische Untersuchungen oder Therapien
 (z.B. Knochenszintigramm, Schilddrüsenszintigramm) ja nein
 - ▶ Bestrahlungen, Strahlentherapien ja nein

Falls ja, bitte geben Sie nachfolgende Einzelheiten an:

Jahr	Körperteil	Institut

Einwilligungserklärung:

Hiermit bestätige ich, die Fragen wahrheitsgemäß nach bestem Wissen beantwortet zu haben.
 Ich willige in die Untersuchung ein und erkläre mich mit der Weitergabe meiner Befunde und Bilder an meine überweisenden und weiterbehandelnden Ärzte – bis auf Widerruf – einverstanden!

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patientin/ Patient