



Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Größe (cm) _____ Gewicht (kg) _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Sie wurden von Ihrem Arzt zu einer Röntgenuntersuchung überwiesen. Der folgende Erhebungsbogen dient zur Erfassung Ihrer Voruntersuchungen und Vorerkrankungen. Mit Ihren Angaben helfen Sie uns eine optimale Befundung Ihrer Untersuchung vornehmen zu können.

Zutreffendes bitte ankreuzen!

1. Wurde bei Ihnen früher eine Röntgenuntersuchung/eine nuklearmedizinische Untersuchung oder eine Strahlentherapie durchgeführt? ja nein

Wann? _____

Wo? _____

2. Für Frauen im gebärfähigen Alter:

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? ja nein

Stillen Sie? ja nein

Einwilligungserklärung über die bevorstehende Untersuchung:

Ich bin mit der Untersuchung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Arztes