

Patientenfragebogen zur Röntgendiagnostik

Name, Vorname: Geb.-Datum:

Straße: PLZ/Wohnort: Tel.:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bitte beantworten Sie uns vor Ihrer Röntgenuntersuchung folgende Fragen:

1. Angaben über vorangegangene Röntgenuntersuchungen: (nur die letzten 2 Jahre betreffend)

Was wurde geröntgt?

Wann wurde geröntgt?

Wo (Arzt/Klinik) wurde geröntgt?

2. Besteht eine Schwangerschaft? (Hamile misiniz?) unbestimmt ja nein
3. Ist bei Ihnen eine ansteckende Krankheit bekannt? (z.B. TBC, Viruserkrankung, bakterielle Infektion) ja nein

**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!**

Ja nein

Hamburg, den..... **Unterschrift Patient/-in**

Anmerkungen des behandelnden Arztes:

.....
.....
.....
.....
.....

Arzt:.....