

Telefon: 040 - 611 670 0

Dr. med. R. Bechmann
Dr. med. S. Loeck
Dr. med. M. Lorenzen
Dr. med. R. Fresow

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind zur Durchführung einer Röntgenuntersuchung in unsere Praxis gekommen. Es ist für die Qualität der Bilder wichtig, dass Sie während der Aufnahmen entspannt und ruhig stehen/ liegen und evtl. erforderliche Atemkommandos einhalten. Dies vermeidet Wiederholungsaufnahmen und ist ebenso wie die geringst mögliche Strahlendosis eine wichtige Strahlenschutzmaßnahme.

Vor der Untersuchung benötigen wir folgende Angaben:

Name, Vorname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Straße, Hausnummer		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Postleitzahl	Ort	Geschlecht	
Überweisender Arzt		Telefonnummer	
		Name der Krankenversicherung	

Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

▶ **Seit wann bestehen diese Beschwerden?**

	Bitte zutreffendes ankreuzen	
	JA	NEIN
Wurde die heute zu untersuchende Körperregion bereits einmal geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie eine Verletzung oder einen operativen Eingriff des zu untersuchenden Körperteils?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine chronische Vorerkrankung z.B. Tumorleiden, Herz-, Gefäßerkrankung, rheumatische Grunderkrankung, Infektionskrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____		
Bei Frauen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bin mit der Röntgenuntersuchung einverstanden.

Ich bin mit der Archivierung dieses Fragebogens in der Röntgenpraxis einverstanden.
(Falls eine Kopie gewünscht wird, teilen Sie dies bitte der betreuenden Röntgenassistentin mit)

Datum	Unterschrift des Patienten/ gesetzlichen Vertreters	Arzt
-------	--	------