



Name, Vorname:

Geb.-Datum: Gewicht:kg Größe:.....cm

Festnetz/Mobil:

Emailadresse:

**Bitte beantworten Sie für Ihren heutigen Besuchsgrund folgende Fragen
(ggf. auch für Ihr Kind):**

1. Haben Sie in den letzten 2 Jahren eine Röntgenuntersuchung erhalten? ja nein
Wenn ja, was wurde geröntgt?
Wann war die Untersuchung?
2. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
3. Rauchen bzw. dampfen Sie? ja nein
Wenn ja, seit wann? und wieviel täglich?
4. Ist bei Ihnen eine ansteckende Krankheit bekannt? ja nein
(z.B. TBC, Viruserkrankung, bakterielle Infektion)
Wenn ja, welche?

**Hiermit bestätige ich, die Fragen wahrheitsgemäß nach bestem Wissen beantwortet zu haben.
Ich willige in die Untersuchung ein. Ich habe jederzeit die Möglichkeit mir den Fragebogen
aushändigen zu lassen.**

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift Patient
(ggf. Betreuer/Sorgeberechtigter)