



visionRAD

Prävention. Diagnostik. Therapie.

Röntgenfragebogen

.....
Name Geburtsdatum

.....
Anschrift

Größe : Gewicht :

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Rauchen Sie ? ja nein

wenn ja, seit wann ? wieviel täglich ?

Mit der Röntgen-Untersuchung bin ich einverstanden. ja nein

Ich willige hiermit ein, dass die Praxis Befunde/Röntgenbilder von mir bei weiteren Ärzten anfordern kann und das Untersuchungsergebnis für Konsultationen weiteren Ärzten vorlegen darf.

ja nein

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift