

Telefon: 040 - 611 670 0

Dr. med. R. Bechmann  
Dr. med. S. Loeck  
Dr. med. M. Lorenzen  
Dr. med. G. Sievers

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

Ich bin mit der Röntgenuntersuchung und der Weitergabe einer Befundkopie an den überweisenden Arzt sowie die von Ihnen angegebenen Ärzte einverstanden.

Befundkopie an einen weiteren Arzt: \_\_\_\_\_

**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
-------	--	------