# PATIENTENFRAGEBOGEN- Röntgen

RADIOLOGIE STEG 1 – SAALE-KLINIK
MVZ I der evidia MVZ Halle (Saale) GmbH

2.1.1 (1) IR 6

Dr. med. D. Breuer
Dipl.-Med. E. Illmann
Ch. Rohde
PD Dr. med. habil. A. G. Bach
Tino Harth
Dipl.-Med. W. Köpernik
Fachärzte für Radiologie

Steg 1, 06110 Halle (Saale)
Tel. (0345) 69267-0
kontakt@radiologie-saaleklinik.de
www.radiologie-saale-klinik.de

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____

Geb.-Datum: _____

**Anamnese für den Strahlenschutz:**

Für den reibungslosen Ablauf der Untersuchung bitten wir Sie, uns noch einige Fragen zu beantworten. **Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen!**

1.) Wurde die jetzt geplante Untersuchung schon einmal bei Ihnen durchgeführt? □ ja □ nein

**Wenn ja,**

► wann? _____

► wo? _____

► sind Voraufnahmen vorhanden? □ ja □ nein

Ich bin mit der Anforderung von Voraufnahmen und Befunden einverstanden. □ ja □ nein

2.) Bei Frauen: Sind sie schwanger? □ ja □ nein

**1. Tag der letzten Regel** _____

**Einwilligungserklärung**

Ihre nachstehend vorgesehene Unterschrift erbitten wir zum Beweis dafür, dass Sie sich diesbezüglich aufgeklärt fühlen, die Aufklärungsinformationen zum Röntgen inhaltlich verstanden haben und dass Sie sich mit der Gesamtuntersuchung nach ruhiger Überlegung und freier Willensentscheidung einverstanden erklären.

Ich benötige eine Kopie der unterzeichneten Aufklärungs- und Einwilligungsunterlagen. □ ja □ nein

_____ _____

Datum Unterschrift Patient/ Betreuer/ Bevollmächtigter/ Erziehungsberechtigter *

*Bei Unterschrift nur eines Elternteils versichert dieser damit auch das Einverständnis des anderen Elternteils bei gemeinsamem Sorgerecht.



© Deutscher Ärzte-Verlag. Alle Rechte vorbehalten.