

FRAGEBOGEN STRAHLENSCHUTZ



Barcode area

Name:
Vorname:
Ihre Tel-Nr:
Hausarzt:

FRAGEBOGEN FÜR DEN STRAHLENSCHUTZ

Für den reibungslosen Ablauf der Untersuchung bitten wir Sie, uns noch einige Fragen zu beantworten:

1. Wurde die jetzt geplante Untersuchung schon einmal bei Ihnen durchgeführt? ja ... nein
Wenn ja, wann?
wo?
sind Voraufnahmen vorhanden? ja ... nein
2. Gibt es Untersuchungen bezüglich Ihrer jetzigen Beschwerden? ja ... nein
Wenn ja, welche?
.....
3. Bei Frauen: Sind Sie schwanger? Könnte eine Schwangerschaft vorliegen? ja ... nein
4. Ist eine Tumorerkrankung bekannt? ja ... nein
5. Wurden Sie strahlentherapeutisch behandelt? ja ... nein
6. Verfügen Sie über einen Röntgenpass? ja ... nein
Falls Sie noch keinen Röntgenpass besitzen, stellen wir Ihnen gerne einen aus.

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich bin einverstanden, dass Bilder und Befunde von Voruntersuchungen zum Vergleich angefordert werden dürfen und bin mit der Übermittlung der Bilder und des Befundes meiner Untersuchung an meinen überweisenden Arzt sowie an weitere mich behandelnde Ärzte einverstanden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich Gelegenheit hatte, die Patienteninformation zum Datenschutz zur Kenntnis zu nehmen.

ja ... nein

Signature line for doctor

Name, Unterschrift Arzt/Ärztin

Date line

Datum

Signature line for patient with 'X' icon

Unterschrift Patient(in)/Sorgeberechtigte(r)