

Name: _____

Vorname: _____

Geb.: _____

Einverständniserklärung Röntgen / Strahlenanamnese



RADIOLOGISCHE PRAXIS ERKELEZN

Nur bei Patientinnen ausfüllen

Besteht z.Z. eine Schwangerschaft?

- ja
- nein
- unbekannt

Röntgenuntersuchung	Wann wurde die letzte Röntgenuntersuchung durchgeführt? (z.B. Lunge / Zahnarzt / CT)		wenn ja, wann _____ wo _____ welches Organ/Körperteil _____ _____
Nuklearmedizinische Untersuchung	Wurde früher eine nuklearmedizinische Untersuchung durchgeführt? (z.B. Schilddrüse / Knochenszintigramm)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	wenn ja, wann _____ wo _____ welches Organ/Körperteil _____ _____
Strahlen- oder nuklearmedizinische Behandlung	Wurde früher eine Strahlen- oder nuklearmedizinische Behandlung durchgeführt? (z.B. Bestrahlung nach Krebserkrankung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	wenn ja, wann _____ wo _____ welches Organ/Körperteil _____ _____

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde und Unterlagen an mit-/weiterbehandelnde Ärzte weitergeleitet werden.
- Ich bin mit der Durchführung der Röntgenuntersuchung einverstanden und habe die ausliegende Patienteninformation zur ionisierenden Strahlung zur Kenntnis genommen.

Datum _____

Unterschrift _____