



Fragebogen: Röntgenuntersuchung

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Zur Vorbereitung für die Röntgenuntersuchung bitten wir um Beantwortung folgender Fragen:

Wie groß sind Sie und wie viel wiegen Sie? Größe:cm Gewicht:Kg

Sind Sie Patientin und könnte bei Ihnen eine Schwangerschaft bestehen? ☐ NEIN ☐ JA

Wurde diese Untersuchung bei Ihnen schon mal durchgeführt? ☐ NEIN ☐ JA

Wann/Wo?

Ärztliche/Klinische Anmerkungen:

.....

RI:

.....

Uhrzeit:

Ihre Daten werden in unserer Praxis nach der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Bestimmungen vertraulich behandelt. Sind Sie einverstanden, wenn wir Ihr Untersuchungsergebnis an Ihre behandelnden Ärzte (in Praxis/Krankenhäusern) weiterleiten (wenn nicht, oder wenn Sie Ihr Einverständnis widerrufen, brauchen Sie es nicht zu begründen)? ☐ NEIN ☐ JA

Sind Sie zudem damit einverstanden, dass wir Ihnen und Ihren behandelnden Ärzten das Untersuchungsergebnis auf elektronischem Weg (<https://www.easyradiology.net/>) übermitteln? ☐ NEIN ☐ JA

Möchten Sie diesen Fragebogen mitnehmen? ☐ NEIN ☐ JA

Unterschriften:

Datum: Patient: Arzt: MTRA/MFA: