



## Röntgenuntersuchung

Ihr behandelnder Arzt hat für Sie eine **Röntgenuntersuchung** empfohlen.

 **Bitte beachten Sie, dass wir als Radiologen keine Therapieempfehlungen geben können. Ihr behandelnder Arzt (Überweiser) wird sie über geeignete Therapien informieren.**

|  |   |
|--|---|
| Haben Sie <b>Beschwerden</b> ?   | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/><br>Wenn ja, welche?           |
| <b>Körpergröße:</b> cm<br><b>Körpergewicht:</b> kg   |   |
| Frühere <b>Röntgen- / CT-Untersuchungen</b> ?  | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/><br>Wenn ja, was, wann und wo? |
| Frühere <b>nuklearmedizinische Untersuchungen</b> (z.B. Schilddrüsenszintigraphie, Knochenszintigraphie, Nierenszintigraphie)?                     | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/><br>Wenn ja, was, wann und wo? |
| Frühere <b>Krebs- oder Tumorbestrahlungen</b> ?  | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/><br>Wenn ja, was, wann und wo? |
| Ist oder war bei Ihnen eine <b>Infektionskrankheit</b> z.B. HIV/AIDS, Hepatitis, Tuberkulose bekannt?  | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/><br>Wenn ja, was und wann?     |
| Wurden Sie bereits an der <b>zu untersuchenden Körperregion operiert</b> ?   | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/><br>Wenn ja, welche?           |
| Ist bei Ihnen eine Krebserkrankung bekannt?  | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/><br>Wenn ja, welche?           |
| <b>Name und Ort des Hausarztes</b> (falls nicht Überweiser):   |   |
| <b>Zusatzfrage für Frauen:</b><br>Sind Sie <b>schwanger</b> oder könnten Sie schwanger sein? Röntgenstrahlen können das ungeborene Kind schädigen. | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>                               |

### ■ Einverständniserklärung

Ich bin mit der Durchführung der **Röntgenuntersuchung** einverstanden und habe die Information über die Strahlenbelastung erhalten:



Ja:

Nein:

Ich bin mit der **Übersendung von Befundberichten** an den überweisenden Arzt **und** an den Hausarzt einverstanden:



Ja:

Nein:

Sie können diese Willenserklärung mittels schriftlicher Mitteilung jederzeit widerrufen.

### ■ **Datenschutz und Schweigepflicht**

Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem überweisenden Arzt/Ihrer überweisenden Ärztin über die Untersuchungsergebnisse zu berichten. Alle externen Dienstleister, die mit Patientendaten in Kontakt kommen, unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht.



Datum



Ihre Unterschrift

Rechtfertigende Indikation gestellt.

Unterschrift des **Arztes**: \_\_\_\_\_