

Befragung zur Röntgenuntersuchung

Name:

Datum:

Vorname:

Geb. datum:

Größe:

Gewicht:

Sehr geehrte(r) Patientin/ Patient,

wir bitten Sie, die nachfolgenden Fragen sorgfältig zu beantworten. Für Ihre Röntgenuntersuchung ist dies gesetzlich vorgeschrieben (Röntgenverordnung).

Sind Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt worden?

Ja, und zwar im Monat/Jahr _____ bei _____ Nein

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft Ja Nein

Ich habe keine weiteren Fragen und benötige für die Untersuchung keine zusätzliche Bedenkzeit. Ich willige hiermit in die vorgesehene Untersuchung ein.

Ich erkläre hiermit bis auf Widerruf mein Einverständnis, dass meine behandelnden Ärzte (Radiologisches Zentrum Mühlhausen, Dres. Schuchard und Bürger) Befunde bei weiteren Leistungserbringern einholen und bei mir erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermitteln dürfen.

Die gestellten Fragen wurden von mir nach bestem Wissen beantwortet. Ich verpflichte mich, eintretende Veränderungen während der gesamten Behandlungszeit unaufgefordert mitzuteilen.

Unterschrift Patient

Kurzbezeichnung Arzt/ MTRA/ MFA