



Anamnesebogen für Röntgen

Name: _____ Tel.-Nr.: _____

Geb.-Datum: _____ Gewicht/Größe: _____

Adresse: _____

Bitte händigen Sie uns **Voruntersuchungen** sowie **Arztberichte** von Voruntersuchungen **vor** Beginn der Untersuchung aus.

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Könnten Sie schwanger sein?

Nein

Ja

Wurden Sie schon einmal geröntgt?

Nein

Ja

Wann war die Untersuchung?

Welches Körperteil wurde geröntgt?

Hatten Sie aktuell einen Unfall / Sturz, der mit den Beschwerden zu tun hat?

Nein

Ja

Wann?

Wurde Ihnen schon einmal ein Kontrastmittel verabreicht?

Nein

Ja

Wann und was wurde untersucht?

Hatten Sie schon einmal eine Strahlenbehandlung nach einer Krebsoperation?

Nein

Ja

Wann war diese Behandlung?

Welches Körperteil wurde behandelt?

Bestehen bei Ihnen Allergien gegen Medikamente?

Nein

Ja Welche _____

Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, MRSA oder andere) bekannt?

Nein

Ja

Einwilligung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten

Meine behandlungsbezogenen Daten dürfen bei anderen behandelnden Ärzten und Leistungserbringern durch **die Radiologische Gemeinschaftspraxis angefordert werden** (z.B. Bilder, Kreatininwert etc.....).

Andere Ärzte (von Ihnen **nicht** ausdrücklich benannt) dürfen Befunde, die **von der Radiologischen Gemeinschaftspraxis** erstellt wurden, anfordern.

Meine Befunde/Bilder dürfen auch an Dritte (**Ehepartner/Lebensabschnittsgefährten/ Kinder**) ausgehändigt werden. Mir ist bewusst, dass von berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird

Name der berechtigten Person: _____

Wir bitten Sie, das ausgehändigte Bildmaterial (CD) sorgsam aufzubewahren, da wir bei einer **Zweitausfertigung** einen Kostenbeitrag von **5€** erheben müssen.

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass ich mit der **Durchführung der Untersuchung** und der **Übermittlung** meines Befundes an den **überweisenden Arzt** einverstanden bin, inkl. der Weitergabe meiner **medizinischen Daten** an die Ärztliche Stelle Hessen, KV Hessen, Krankenkassen, BG und Med.-Dienst bei deren Anfragen.

Des Weiteren bestätige ich die Richtigkeit der auf dem Anamnesebogen gemachten Angaben.

Datum _____

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten _____