

RÖNTGEN – FRAGEBOGEN

Für evtl. Röntgenaufnahmen brauchen wir von Ihnen folgende Angaben.

Name, Vorname (ggf. Geburtsname), Geburtsdatum			
Sind bei Ihnen in letzter Zeit Röntgen- aufnahmen oder CTs (Computer- tomogramm) des Brustkorbs (Herz, Lunge) oder der Nasennebenhöhen gemacht worden.	Klinik/Arzt 1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____	wann _____ _____ _____ _____	was wurde untersucht _____ _____ _____ _____
Sind sonstige Röntgenaufnahmen oder CTs gemacht worden.	1) _____ 2) _____ 3) _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Sind bei Ihnen radioaktive Bestrahlungen oder Untersuchungen mit radioaktivem Material durchgeführt worden (kein Kontrastmittel).	1) _____ 2) _____	_____ _____	_____ _____
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft	Ja	Nein	Unbekannt

_____ Datum

_____ Unterschrift

Datum	Objekt	Filmgr.	KV	mGy	Wer	mAs	DL sec	Nicht Schwanger Unterschrift