



Anamnesebogen für Röntgen ID: _____

Name: _____ Tel.-Nr.: _____

Geb.-Datum: _____ Gewicht/Größe: _____ Krankenkasse: _____

Adresse: _____

Email-Adresse(bitte LESERLICH schreiben): _____

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

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Sind Sie schwanger oder stillen Sie?

Nein

Ja

Wurde das **heutige** zu untersuchende Körperteil bereits in einer **anderen** Einrichtung untersucht?

Nein

Ja

Wann/WO?

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

Nein

Ja

Wann?

Hatten Sie schon einmal eine Strahlenbehandlung nach einer Krebsoperation?

Nein

Ja

Wann war diese Behandlung?

Welches Körperteil wurde behandelt?

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

Nein

Ja

Einwilligung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten

Ich bin einverstanden, dass die zur Befundung notwendigen Vorbefunde /Bilder/Blutwerte angefordert werden dürfen.

Ich bin mit der Weitergabe von Befunden/Bildern an die mich behandelnden Ärzte einverstanden.

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/Personen:

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.

Unterschrift des Patienten/ Erziehungsberechtigten