



Radiologie Weinheim / Heppenheim

Strahlenanamnesebogen

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wir bitten Sie, uns für einen reibungslosen Ablauf der gewünschten Untersuchung noch ein paar Fragen zu beantworten:

1. Wurde die jetzt geplante Untersuchung schon einmal bei Ihnen durchgeführt? nein ja
Wenn ja, wann? _____
Wo? _____
Sind Voraufnahmen vorhanden? nein ja
2. Ist bei Ihnen eine Tumorerkrankung bekannt? nein ja
3. Wurde bei Ihnen eine Strahlentherapie durchgeführt? nein ja
4. Verfügen Sie über einen Röntgenpass? nein ja
Sollte kein Röntgenpass vorhanden sein, stellen wir Ihnen gerne einen aus.
5. Bei Patientinnen:
Könnte eine Schwangerschaft bestehen? nein ja
Datum der letzten Periode: _____

Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

- Die Praxis darf die Befunde (inklusive Bildmaterial) der angeforderten Untersuchungen an den überweisenden Arzt weiterleiten. Die Datenweitergabe erfolgt zum Zwecke meiner Weiterbehandlung.
- Die Praxis darf die Befunde (inklusive Bildmaterial) vorheriger Untersuchungen durch den überweisenden Arzt und/oder andere Ärzte bzw. Leistungserbringer anfordern. Diese Entbindung von der Schweigepflicht und Einwilligung in die Übermittlung meiner Daten dient allein dem Zwecke der Befundung. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- Ich habe das Merkblatt „Praxisinformation Datenschutz“ im Wartebereich der Praxis zur Kenntnis genommen.

Datum _____ Unterschrift _____

(Bei Patienten unter 18 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)