



Ihre Fachärzte/-innen
für Diagnostische
Radiologie

Überörtliche
Berufsausübungsgemeinschaft
MainRadiologie
Dr. T. C. Miller und Partner

Röntgen – Anamnesebogen

Patientenname: _____ Geb.-Datum: _____
(Druckbuchstaben)

Gewicht: _____ Größe: _____ Tel.: _____ Mobil: _____

Hausarzt: _____ Ort: _____

Soll Ihr Hausarzt einen Bericht erhalten? Ja Nein

- Welche Körperregion soll heute geröntgt werden, ggf. Seitenangabe?
(Angabe auf dem Überweisungsschein)

- Welcher Art sind Ihre Beschwerden? Seit Wann?

- Wurde die bei Ihnen zu untersuchende Körperregion in den letzten 10 Jahren **außerhalb unserer Praxis** geröntgt? Ja Nein
Wenn ja: Wann? _____ Wo? _____

- Bestehen Ihre Beschwerden derzeit auf Grund eines Unfalles, Sturz etc.? Ja Nein
Wenn ja: Wann? _____

- Wurden Sie im **Untersuchungsbereich operiert**? Ja Nein
Wenn ja: Wann? _____ Wo? _____

- **Wenn ja:** Wurde Metall implantiert z.B. Prothese? Ja Nein
Wenn ja: Wann? _____

- Ist bei Ihnen eine **Infektionskrankheit** bekannt? Ja Nein
Wenn ja: Welche? Hepatitis Covid 19
 Tuberkulose Sonstige
 HIV _____

- Besteht die Möglichkeit einer **Schwangerschaft**? Ja Nein

Datum: _____ Unterschrift: _____