Ihre Fachärzte/-innen
für Diagnostische
Radiologie

Überörtliche
Berufsausübungsgemeinschaft
MainRadiologie
Dr. med. Isabel Rauner,
Dr. med. Julian Donhauser et al.
Fachärztinnen und -ärzte
in Partnerschaft

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
  - ◯ Tuberkulose
  - ◯ HIV
  - ◯ Covid 19
  - ◯ Sonstige

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

Datum: **Unterschrift:**

Speichern Drucken