



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.?
Wenn ja: Wann?

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

• **Wenn ja:** Wurde Metall implantiert z.B. Prothese?
Wenn ja: Wann?

• Ist bei Ihnen eine **Infektionskrankheit** bekannt? z.B. Hepatitis/HIV/Tbc/Covid-19
Wenn ja: Welche?

• Rauchen Sie? Ja Nein
Wenn ja: Wie viele Zigaretten pro Tag?

• Ist bei Ihnen eine **Krebserkrankung** bekannt? Ja Nein
Wenn ja: Welche?

• Besteht die Möglichkeit einer **Schwangerschaft**? Bitte alle Frauen ausfüllen Ja Nein

Datum: **Unterschrift:**