



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: <small>(Druckbuchstaben)</small>		Geb.-Datum:
Tel.:	Mobil:	E-Mail:
Gewicht:	Größe:	
Hausarzt:	Ort:	
Soll Ihr Hausarzt einen Bericht erhalten?		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> 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? z.B. Hepatitis/HIV/Tbc/Covid-19  Ja  Nein  
**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:** \_\_\_\_\_