

# Radiologische Gemeinschaftspraxis Korbach

Name: \_\_\_\_\_ Geb. – Datum: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte/r Patient/in,

bei Ihnen soll eine **Röntgenuntersuchung** durchgeführt werden.  
Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

## Zutreffendes bitte ankreuzen:

1. Wurde bei Ihnen in den letzten 2 Jahren eine Röntgenuntersuchung durchgeführt?

Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Wenn ja:

Wann?

\_\_\_\_\_

Wo?

\_\_\_\_\_

Welches Organ?

\_\_\_\_\_

2. Besteht eine Schwangerschaft?

Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Falls Sie noch weitere Fragen haben, richten Sie diese bitte an den Arzt.

Hiermit willige ich, unter Verzicht auf die 24-Stunden – Pflicht zur Aufklärung, in die vorgeschlagene Untersuchung ein.

Korbach, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_