

Fragebogen zur Röntgenuntersuchung

Für die Beurteilung / Befunderhebung Ihrer Untersuchung ist es **WICHTIG** das Sie uns den folgenden Fragebogen **vollständig** ausfüllen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Name (bitte in Druckbuchstaben) _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Wohnort _____ Straße _____ Krankenkasse _____

Was für Beschwerden haben Sie?

Seit wann haben Sie die Beschwerden? _____

Strahlen die Beschwerden aus? z.B. in den Arm oder in das Bein?

ja Wenn ja, wie weit? _____

nein

Hatten Sie schon Operationen? Wann / Welche?

ja Wenn ja, wann? _____

nein Welche? _____

Hatten Sie einen Unfall (z.B. Sturz) der mit den Beschwerden zu tun hat?

ja Wenn ja, wann? _____

nein Was für ein Unfall? _____

Haben (oder hatten) Sie schwerwiegende Erkrankungen oder chronische Leiden (z.B. Krebs, Diabetes, Rheuma,...)?

Nur für Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft oder könnte eine bestehen? ja nein

X _____
Datum

X _____
Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten