

Röntgen-Anamnese

Patientendaten

Vorname: _____

Nachname: _____

geboren am: _____

Wohnort/Straße: _____

Wie viel wiegen Sie? _____

Wie groß sind Sie? _____

Frühere Röntgenuntersuchungen? Ja Nein Wann? _____

Letzte Röntgenuntersuchung der
jetzt zu untersuchenden Region: Ja Nein Wann? _____

Alte Aufnahme? Wo? _____

Verfügbar? Ja Nein

Frühere Röntgenuntersuchungen
mit radioaktiven Stoffen? Ja Nein Wann? _____

Sind in Ihrem Körper Metallteile wie z.B.
Gefäßclips, Metallprothesen, Granatsplitter,
Piercings oder ähnliches? Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein Unbestimmt

Datum: _____

Unterschrift: _____