

Strahlenanamnese

Bitte ausfüllen:

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Tel.Nr.:

- bitte nicht beschriften -

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Ihr Arzt hat Sie zu einer speziellen Röntgenuntersuchung an uns überwiesen. Hierfür ist die Erhebung einer Strahlenanamnese gesetzlich vorgeschrieben. Bitte beantworten Sie uns dafür folgende Fragen:

Haben Sie einen Röntgenpass/ein Röntgennachweisheft? Ja Nein

Wurde früher eine Röntgenuntersuchung durchgeführt? (letzte) Ja Nein
(hier sind alle Röntgen-Untersuchungen gemeint; z.B. auch Zahn, Wirbelsäule, Lunge, etc.)

Wenn ja,

wann WO

welches Organ

Wurde früher eine Isotopenuntersuchung durchgeführt? (letzte) Ja Nein

(Isotopen-Untersuchungen sind Untersuchungen mit Radioaktivität; z.B. Schilddrüsenszintigraphie, Skelettszintigraphie, etc.)

Wenn ja,

wann WO

welches Organ

Wurde früher eine Strahlen- oder Isotopen-Behandlung durchgeführt? Ja Nein

(Bestrahlungen z.B. bei Krebs, aber auch nuklearmedizinische Behandlungen wie eine Radiojodtherapie oder eine Radiosynoviorthese)

Wenn ja,

wann WO

welches Organ

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Ja ungewiss Nein

Datum des ersten Tages der letzten Menstruation:

Bekannte Unverträglichkeiten/Allergien?

Kontrastmittel Ja Nein

Medikamente Ja Nein

• Wenn ja, welche?

Andere Stoffe (z.B. Pflaster/Nahrungsmittel etc.) Ja Nein

• Wenn ja, welche?

Bitte wenden→

Besteht/bestand eine der folgenden Erkrankungen?

Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bronchopulmonale Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leber-/Gallenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutkrankheit (z.B. Plasmozytom)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Krampfleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Infektionskrankheit (z. Bsp. Hepatitis, HIV, MRSA, Tuberkulose)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Hatten Sie schon einmal eine Operation? Ja Nein

Wenn ja: Wann, wo und welche?

Erklärung zur Entbindung der Schweigepflicht

Dürfen wir dem **überweisenden Arzt** einen Bericht schicken? Ja Nein

Sollen außer dem überweisenden Arzt **weitere Ärzte** über das Ergebnis informiert werden? (z. Bsp. Hausarzt)

Ja, (Name)..... Nein

Dürfen wir bei Anfrage von **anderen Ärzten oder Kliniken** (sehr hilfreich bei stationärem Aufenthalt) Auskunft erteilen? Ja Nein

Wem dürfen wir ggfs. noch **Auskunft** erteilen (z.B. Ehepartner, Eltern etc., bitte Namen angeben)?

Dürfen wir die Befunde **per Fax/E-Arztbrief** an Ärzte und Kliniken versenden? Ja Nein
(Befund per Post dauert 3-7 Tage)

Bitte geben Sie uns Ihr **Einverständnis**, dass

- alle Ärzte in der Praxis, auch vertretungsweise, Einsicht in Ihre Unterlagen nehmen dürfen Ja Nein

- wir Einsicht in alte Untersuchungsunterlagen von Ihnen nehmen dürfen Ja Nein

- wir weitere Vorbefunde behandelnder Ärzte und Kliniken anfordern dürfen Ja Nein

Eine **Patienteninformation** zur Datenverarbeitung liegt im Wartezimmer aus. Sollten noch Fragen bestehen, werden wir diese gerne beantworten.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diesen Aufklärungsbogen gelesen haben, alle Fragen verstanden und wahrheitsgemäß beantwortet haben und in die Untersuchung einwilligen.

Bad Säckingen, den

Unterschrift

Patient / bzw. gesetzl. Vertreter

Das Einverständnis gilt auf unbestimmte Zeit und kann jederzeit widerrufen werden
(Befunde sind jedoch in der Regel binnen 24h versandt)

Bitte behalten Sie den Fragebogen bei sich, bis Sie aufgerufen werden.

Anamnese: