

## STRAHLENANAMNESE (Dexa • Röntgen • CT nativ • US) / X-RAY-HISTORY

Name \_\_\_\_\_ Pat.Nr. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/Date of birth \_\_\_\_\_ Telefon/Phone number \_\_\_\_\_

**Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Are you pregnant?** Ja/Yes  Nein/No

**Ansteckende Erkrankungen (HIV/Tuberkulose/Hepatitis)?** Ja/Yes  Nein/No   
Contagious diseases (HIV/Hepatitis/Tuberculosis)?

**Wann war Ihre letzte Röntgenaufnahme (Zahnarzt/Orthopäde/etc.)?** \_\_\_\_\_  
Date of your last x-ray examination?

### EINWILLIGUNG ÜBER DIE DATENÜBERMITTLUNG AN DRITTE

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten (Befunde, Bilder, Laborwerte) an meinen Hausarzt, überweisenden Arzt und/oder weiterbehandelnde Ärzte oder Kliniken zu Dokumentations- und Behandlungszwecken übermittelt werden und dies auch in elektronischer Form (z.B. Telefax) geschehen kann. Mit der Nutzung meiner Daten zur Termin-Erinnerung per SMS bin ich einverstanden.

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Datum / Date \_\_\_\_\_

Unterschrift / Signature \_\_\_\_\_

## STRAHLENANAMNESE (Dexa • Röntgen • CT nativ • US) / X-RAY-HISTORY

Name \_\_\_\_\_ Pat.Nr. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum / Date of birth \_\_\_\_\_ Telefon / Phone number \_\_\_\_\_

**Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Are you pregnant?** Ja/Yes  Nein/No

**Ansteckende Erkrankungen (HIV/Tuberkulose/Hepatitis)?** Ja/Yes  Nein/No   
Contagious diseases (HIV/Hepatitis/Tuberculosis)?

**Wann war Ihre letzte Röntgenaufnahme (Zahnarzt/Orthopäde/etc.)?** \_\_\_\_\_  
Date of your last x-ray examination?

### EINWILLIGUNG ÜBER DIE DATENÜBERMITTLUNG AN DRITTE

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten (Befunde, Bilder, Laborwerte) an meinen Hausarzt, überweisenden Arzt und/oder weiterbehandelnde Ärzte oder Kliniken zu Dokumentations- und Behandlungszwecken übermittelt werden und dies auch in elektronischer Form (z.B. Telefax) geschehen kann. Mit der Nutzung meiner Daten zur Termin-Erinnerung per SMS bin ich einverstanden.

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Datum / Date \_\_\_\_\_

Unterschrift / Signature \_\_\_\_\_