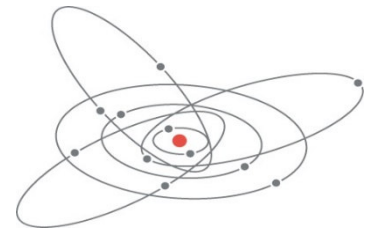


# Strahlenanamnese / Radiance Anamnesis



Name/Last name: \_\_\_\_\_

Vorname/First name: \_\_\_\_\_

Adresse in Deutschland/Address in Germany:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geb./Date of birth: \_\_\_\_\_ Tel./Phone #: \_\_\_\_\_

Case number: \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Röntgenaufnahme? \_\_\_\_\_  
When was your last x-ray examination?

Ansteckende Erkrankungen: HIV / Tbc / Hepatitis ? ja/yes  nein/no   
Contagious diseases (HIV/Hepatitis/Tuberculosis)?

Besteht z. Zt. eine Schwangerschaft? Ja/yes  nein/no   
Are you pregnant?

Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_  
If so, week of pregnancy

Voraussichtlicher Entbindungstermin: \_\_\_\_\_  
Due date

*In case of pregnancy the chest-X-ray may be done only after week 13 of pregnancy, not before.  
Herewith I consent to the examination while being pregnant at time.*

Eine Röntgenuntersuchung der Lunge zur Einreise in die USA ist frühestens ab der 13. SSW möglich.  
Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Röntgenuntersuchung der Lunge während meiner Schwangerschaft durchgeführt wird.

---

## EINWILLIGUNG ÜBER DIE DATENÜBERMITTLUNG AN DRITTE / Consent to Data Protection

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten an meinen überweisenden Arzt zu Dokumentations- und Behandlungszwecken übermittelt werden und dies auch in elektronischer Form (z.B. Telefax) geschehen kann. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

---

Datum/Date

Unterschrift/Signature