
Familiename

Vorname

Geburtsdatum

PLZ - Wohnort

Strasse

(Krankenkasse / Versicherung)

Telefonnummer

Beruf

(Bemerkungen:)

Liebe Patientin / lieber Patient! Als gesetzliche Pflicht müssen wir Ihnen die folgenden **Fragen über vorausgegangene Strahlen-Anwendungen** stellen:

1. Sind früher schon einmal an Ihnen **Röntgen**-Untersuchungen durchgeführt worden?
Wann? An welchem Körperteil? Wo sind die Aufnahmen verfügbar?

2. Sind früher schon einmal an Ihnen **nuklearmedizinische** Untersuchungen (unter Einsatz radioaktiver Substanzen) durchgeführt worden?
Wann? An welchem Körperteil? Wo sind die Aufnahmen verfügbar?

3. Sind Sie schon einmal mit Strahlen behandelt worden?
Wann? An welchem Körperteil? Wo sind die Aufnahmen verfügbar?

4. Haben Sie eine ansteckende Krankheit (Hepatitis, AIDS/HIV)?
 ja nein

5. (Nur für Damen) Sind sie **schwanger**?
 ja nein Unterschrift

Wetzlar, den _____
(Datum) (Unterschrift)

