

Stammdaten
Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Anschrift:
-----
Rufnummer (vorzugsweise mobil):

Einverständniserklärung
Zur Information über bestehende Termine (umfasst u.a. Bestätigung, Erinnerung, Absage oder neue Verfügbarkeit) auf folgendem Weg:
<input type="radio"/> E-Mail (bitte gut lesbar in Druckschrift) an:
<input type="radio"/> SMS an:

**Wir bitten Sie, folgende Fragen gewissenhaft zu beantworten:**

1. Größe, Gewicht (ca.): \_\_\_\_\_

2. Sind in den letzten 6 Monaten Röntgenuntersuchungen durchgeführt worden?  ja  nein

Wenn ja: Wann, an welchem Körperteil? Wo sind die Aufnahmen verfügbar?

3. Sind im letzten Jahr nuklearmedizinische Untersuchungen durchgeführt worden, unter Einsatz radioaktiver Substanzen?  ja  nein

Wenn ja: Wann, an welchem Körperteil? Wo sind die Aufnahmen verfügbar?

4. Sind Sie schon einmal unter Strahlung behandelt worden?  ja  nein

Wenn ja: Wann, an welchem Körperteil? Wo sind die Aufnahmen verfügbar?

5. Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?  ja  nein

Bitte dokumentieren Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie die Fragen genau gelesen und wahrheitsgemäß beantwortet haben!

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

**Zusätzlich** zu meinem überweisenden Arzt wünsche ich eine Befundübermittlung an:

Name des Arztes/der Praxis: \_\_\_\_\_

Sie können diese Willensäußerung jederzeit mittels schriftlicher Mitteilung widerrufen bzw. ändern.