

# RADIOLOGISCHE PRAXIS BAD SÄCKINGEN

## S. Leutzbach / Dr. J. Bürk / Dr. Ph. Franke

Röntgen - Mammographie - Sonographie - Nuklearmedizin - Computertomographie - Kernspintomographie - offene Kernspintomographie

### Strahlenanamnese

Bitte ausfüllen:

Name: .....

Straße: .....

Wohnort: .....

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  Ja  Nein
- Bronchopulmonale Erkrankung  Ja  Nein
- Herz-Kreislauf-Erkrankung  Ja  Nein
- Nierenerkrankung  Ja  Nein
- Leber-/Gallenerkrankung  Ja  Nein
- Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein
- Blutkrankheit (z.B. Plasmozytom)  Ja  Nein
- Krampfleiden (z.B. Epilepsie)  Ja  Nein
- Krebserkrankung  Ja  Nein
- Infektionskrankheit (z. Bsp. Hepatitis, HIV, MRSA, Tuberkulose)  Ja  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** an Ärzte und Kliniken versenden? (Befund per Post dauert 3-7 Tage)

- Ja  Nein

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 .....

Bei Minderjährigen ist zusätzlich das Einverständnis der Eltern/Erziehungsberechtigten erforderlich.

Unterschrift .....  
(Erziehungsberechtigte(r))

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: