

**Kassenpatient**  
**Röntgen**

**Untersuchungsdatum:** \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_

**Geb. Datum:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

**Mädchenname:** \_\_\_\_\_

ja, welche \_\_\_\_\_  nein

Ich werde bei der Krankenkasse als:  Mitglied

Familienangehöriger  Rentner geführt.

Beihilfeberechtigt:  ja

nein

Wenn Sie Familienangehöriger sind: Name des Hauptversicherten \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

**Anschrift des überweisenden Arztes:**

Vorgelegte Unterlagen: \_\_\_\_\_

zum Verbleib

Rückgabe

Hat bereits eine Röntgenuntersuchung stattgefunden?

ja, wann? \_\_\_\_\_

nein

Wenn ja, welche Körperregion? \_\_\_\_\_

Welches Institut? \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen eine bösartige Erkrankung bekannt?

ja

nein

Wenn ja, wann wurde sie festgestellt? \_\_\_\_\_

Welche Erkrankung? \_\_\_\_\_

Wo genau und welche Beschwerden haben Sie? \_\_\_\_\_

Welche Untersuchungen wurden bisher durchgeführt? \_\_\_\_\_

**Bei Patientinnen:** Schwangerschaft  ja  nein Letzte Menses: \_\_\_\_\_

Haben Sie ein Röntgennachweisheft (Röntgenpass)?

ja

nein

Wenn ja, bitte das Röntgenheft dem Arzt vorlegen!

**Einwilligungserklärung**

Ihre nachstehend vorgesehene Unterschrift erbitten wir zum Beweis dafür, dass Sie sich diesbzgl. aufgeklärt fühlen, die Informationen inhaltlich verstanden haben und dass Sie sich mit der Gesamtuntersuchung - weitere Literatur liegt aus - nach ruhiger Überlegung und freier Willenserklärung einverstanden erklären.

**Wir bitten um Verständnis, dass untersuchungsbedingte Wartezeiten von mehr als 30 Minuten entstehen können!**

Ich versichere, dass ich meine Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bewusst, dass unvollständige Angaben ggf. zu einer Einschränkung der diagnostischen Aussagefähigkeit der Untersuchung führen können.

Würzburg, den \_\_\_\_\_

Ich wünsche eine Aushändigung der unterschriebenen Dokumente  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten  
(bzw. des Erziehungsberechtigten)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes