

Privatpatient
Röntgen

Untersuchungsdatum: _____

Name: _____

Geb. Datum: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

Wohnort: _____

Privatkasse: _____

Straße : _____

Beruf: _____

Mädchenname: _____

Volltarif

Standard-/Basistarif (betr. Studenten/Renter - bitte Ausweis vorl.)

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

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.

Die Aufklärung durch das beigegef. Zusatzblatt „Hinweis zur Strahlenexposition“ habe ich ebenfalls durch meine Unterschrift bestätigt.

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.

Ich versichere auch mit meiner Unterschrift, dass meine finanziellen Verhältnisse geordnet sind, insbesondere in den letzten drei Jahren keine Vollstreckungsmaßnahmen gegen mich ergriffen wurden und ich in der Lage bin, als Privatpatient die anfallenden Kosten und Auslagen für die Untersuchung zu tragen. Ich werde spätestens nach 4 Wochen den Rechnungsschuldbetrag begleichen.

Würzburg, den _____

Unterschrift des Patienten
(bzw. des Erziehungsberechtigten)

Unterschrift des Arztes