

**- Bitte aufmerksam durchlesen und in Druckschrift ausfüllen -**

**Radiologische Gemeinschaftspraxis**  
**Dr. med. Volker Keil**  
**Dr. med. Uwe Roy**  
Johanniterplatz 2a - Wirsbergstraße  
97070 Würzburg

Tel. 0931 / 32 19 10  
Fax. 0931 / 3 21 91 91

**Privatpatient**  
**Sonographie**

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

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

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

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

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

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

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

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Straße :** \_\_\_\_\_

**Volltarif**

**Mädchenname:** \_\_\_\_\_

**Standard-/Basistarif** (betr. Studenten/Rentner -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  
Basismammographie  Verlaufkontrolle  Galaktographie

**Bei Patientinnen:** Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?  ja  nein

**Letzte Menstruationsblutung:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **Unterschrift der Patientin**

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.

**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