



2.1.1 (1) IR 6

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

**Dr. med. D. Breuer**  
**Dipl.-Med. E. Illmann**  
**Ch. Rohde**  
**PD Dr. med. habil. A. G. Bach**  
**Tino Harth**  
**Dipl.-Med. W. Köpernik**

Fachärzte für Radiologie

Steg 1, 06110 Halle (Saale)

Tel. (0345) 69267-0

Fax (0345) 69267-30

kontakt@radiologie-saaleklinik.de

www.radiologie-saale-klinik.de

RADIOLOGISCHE PRAXIS

AM ST. ELISABETH-KRANKENHAUS

Mauerstraße 5, 06110 Halle (Saale)

Tel. (0345) 213 43 81

**Anamnese für den Strahlenschutz:**

Für den reibungslosen Ablauf der Untersuchung bitten wir Sie, uns noch einige Fragen zu beantworten. **Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen!**

- 1.) Wurde die jetzt geplante Untersuchung schon einmal bei Ihnen durchgeführt?  ja  nein

Wenn ja,

▶ wann? \_\_\_\_\_

▶ wo? \_\_\_\_\_

▶ sind Voraufnahmen vorhanden?  ja  nein

Ich bin mit der Anforderung von Voraufnahmen und Befunden einverstanden.  ja  nein

- 2.) Bei Frauen: Sind sie schwanger?  ja  nein

1. Tag der letzten Regel: \_\_\_\_\_

**Einwilligungserklärung**

Ihre nachstehend vorgesehene Unterschrift erbitten wir zum Beweis dafür, dass Sie sich diesbezüglich aufgeklärt fühlen, die Aufklärungsinformationen zum Röntgen inhaltlich verstanden haben und dass Sie sich mit der Gesamtuntersuchung nach ruhiger Überlegung und freier Willensentscheidung einverstanden erklären.

Ich benötige eine Kopie der unterzeichneten Aufklärungs- und Einwilligungunterlagen.  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift Patient/ Betreuer/ Bevollmächtigter/ Erziehungsberechtigter \*

\*Bei Unterschrift nur eines Elternteils versichert dieser damit auch das Einverständnis des anderen Elternteils bei gemeinsamem Sorgerecht.