

Patienteninformationen (allgemeinen)
Röntgenaufnahmen (auch Knochendichtemessung)
Durchleuchtung (auch Breischluck)



Liebe Patientin, lieber Patient,

die Überweisung zur Röntgenuntersuchung erfolgt nach Indikationsstellung Ihres Hausarztes oder des Facharztes, der Sie derzeit behandelt, oder im Rahmen eines Gutachtens. Der Aufenthalt in der Praxis kann dadurch verkürzt werden, dass Sie dieses Aufklärungsblatt bereits unterschrieben in die Praxis mitbringen!

Digitales Röntgen und Durchleuchtung

Die Aufnahmen erfolgen in digitaler Direktradiographie oder Durchleuchtung. Dies ist für Sie strahlensparend und erlaubt, auch bei schwierigen Belichtungsvoraussetzungen durch z.B. Übergewicht oder Behelfstechnik im Gips eine elektronische Nachbearbeitung. Ein weiterer Vorteil ist, dass die Bilder zusammen mit Ihrem Befund digital archiviert und verschlüsselt absolut datensicher elektronisch direkt von Ihrem überweisenden Arzt angesehen werden können.

Die Untersuchungen sind mit Röntgenstrahlen!

Bitte beantworten Sie uns daher folgende Fragen:

Anamnese/Strahlenanamnese:

| | |
|---|--|
| Name, Vorname, Geburtsdatum | |
| Ggf. Erziehungsberechtigter | |
| Telefon | |
| Körpergewicht | kg |
| Körpergröße | m |
| Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wurden Sie in dem Körperbereich bereits geröntgt? | <input type="checkbox"/> ja am <input type="checkbox"/> nein |
| Operationen/Therapie | |

Es ist keine Anmeldung nötig. Aber bringen Sie bitte Überweisungsschein, Versichertenkarte oder entsprechendes Auftragsrezept (oder Ähnliches) zur Untersuchung mit!

Bitte bringen Sie entsprechende Voraufnahmen mit!

- Ich versichere, dass o.g. Angaben richtig sind, ich mich ausreichend aufgeklärt fühle und der vorgeschlagenen Untersuchung, sowie einer Kontrastmittelgabe, falls nötig, stimme ich ebenfalls zu.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Wuttge für meine Behandlung erforderliche Daten und Befunde bei meinen behandelnden Ärzten einholt und die Ergebnisse weiterleitet (§73 SGB).
- Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann, ist mir ebenfalls bekannt.

Datum

Unterschrift:
(Patient / Patientin / Erziehungsberechtigter)