

## Anamnesebogen Röntgen

Patientenname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
(Druckbuchstaben)

Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Soll Ihr Hausarzt einen Bericht erhalten?  Ja  Nein

- Welche Körperregion soll heute geröntgt werden, ggf. Seitenangabe?  
(Angabe auf dem Überweisungsschein)

\_\_\_\_\_

- Wurde die bei Ihnen zu untersuchende Körperregion in den letzten 10 Jahren **außerhalb** unserer Praxis geröntgt?  ja  nein

➤ Wenn ja: Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

- Bestehen Ihre Beschwerden derzeit auf Grund eines Unfalles, Sturz etc.?

➤ Wenn ja, wann?  ja  nein

- Wurden Sie im **Untersuchungsbereich** operiert?  ja  nein

➤ Wenn ja: Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

- Wenn ja, wurde Metall implantiert z.B. Prothese?  ja  nein

➤ Wenn ja: Wann? \_\_\_\_\_

- Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit bekannt?  
z.B. Hepatitis/HIV/Tbc/Covid-19  ja  nein

➤ Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?  ja  nein  
(Bitte alle Frauen ausfüllen)

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_