

## Fragebogen zur Röntgenuntersuchung

Bitte beantworten Sie nachfolgende  
Fragen:

Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße \_\_\_\_\_ cm

Barcode

Besteht eine Schwangerschaft?

ja  nein

Mit der Röntgenuntersuchung bin ich einverstanden

ja  nein

Folgende Untersuchungen wurden bereits früher durchgeführt:

Röntgenuntersuchungen (auch Mammographie)

ja  nein

Bestrahlungen, Strahlentherapie

ja  nein

München, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

Indikation zur Röntgenuntersuchung durch fachkundigen Arzt geprüft: \_\_\_\_\_

Besonderheiten: \_\_\_\_\_