

DRK gemeinnützige Krankenhaus GmbH Sachsen / DRK Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein		
DRK KRANKENHAUS CHEMNITZ-RABENSTEIN <small>DRK GEMEINNÜTZIGE KRANKENHAUS GmbH SACHSEN</small>	Patientenfragebogen Konventionelles Röntgen	Deutsches Rotes Kreuz
Abteilung für Diagnostische Radiologie / Praxis für Diagnostische Radiologie im MVZ		

.....
Name, Vorname Patient(in) Geburtsdatum Telefonnummer

.....
Größe Gewicht gepl. Untersuchung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bitten Sie, zur Planung und optimalen Durchführung der bei Ihnen vorgesehenen Röntgen-Untersuchung folgende Fragen zu beantworten:

Haben Sie ein Röntgennachweisheft (Röntgenpass)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte das Röntgennachweisheft zur Untersuchung vorlegen.
<i>Für Frauen im gebärfähigen Alter:</i> Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wann hatten Sie ihre letzte Regel?
Welche Beschwerden oder Erkrankungen hatten/haben Sie in dem jetzt zu untersuchenden Organ bzw. Körperteil? Wann/seit wann? Wie und wann bereits behandelt?
Wurden an dem jetzt zu untersuchendem Organ oder an anderen Organen/Körperteilen schon einmal Röntgen- oder CT-Untersuchungen durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wann und wo? Aus welchem Grund?
Wurden Sie schon einmal mit radioaktiven Stoffen untersucht (Nuklearmedizin) oder mit Strahlen behandelt (Strahlentherapie)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wann und wo? Welches Organ/Körperteil? Mit welcher Strahlung?
Besteht eine Allergie (z. B. Heuschnupfen, Asthma), Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Jod bzw. (jodhaltige) Kontrastmittel, Nahrungsmittel, Pflaster, örtliche Betäubungsmittel u. a.? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wogegen?
Raucher(in)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ex-Raucher(in)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dauer in Jahren: seit: Anzahl Packungen/Tag:
Hatten/haben Sie (bösartige) Tumorerkrankungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wann/seit wann? Welche Organe/Körperteile? Wie wurden/werden Sie behandelt (Operation, Bestrahlung, Chemotherapie)? Wann?
Bitte wenden



**Patientenfragebogen
Konventionelles Röntgen**



Abteilung für Diagnostische Radiologie / Praxis für Diagnostische Radiologie im MVZ

Anderweitige (chronische) Erkrankungen:		Welche? Wann?
Stoffwechselerkrankungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (z. B. Diabetes mellitus)	
Schilddrüsenerkrankungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Nierenerkrankungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Herz-/Kreislaufkrankungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (z. B. Herzinfarkt, Bluthochdruck)	
Blutgefäßerkrankungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Gerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Lungenerkrankungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Lebererkrankungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (z. B. Leberzirrhose, Fettleber)	
Rheumatische Erkrankungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (z. B. Gicht, Rheumatoidarthritis)	
Erkrankungen Nervensystems <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Infektionskrankheiten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (z. B. Hepatitis, HIV, MRSA, Noroviren-Infektion)	
Verletzungen / Frakturen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wann und wie wurden/werden Sie deswegen behandelt (Medikamente, Operation, Bestrahlung, Chemotherapie)?		
Nehmen Sie aus anderen Gründen regelmäßig Medikamente ein? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche? Dosis?		
Wurden Sie aus anderen Gründen schon einmal operiert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wann? Welche Organe/Körperbereich?		
Zusätzliche Bemerkungen		
Ich wünsche eine Kopie des Patientenfragebogens? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Ich habe die Fragen gewissenhaft beantwortet und bin nach ausreichender Bedenkzeit mit der Untersuchung einverstanden. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass von mir angefertigte Bilddokumentationen und Befundberichte bei Bedarf an die mich weiterbehandelnden Ärzte weitergeleitet werden dürfen.		
Chemnitz, den Datum Unterschrift Patient(in) / Sorgeberechtigter Unterschrift Arzt