

## Praxisklinik

Dr. med. Rainer Woischke & Kollegen

Luitpoldstraße 11 – 95326 Kulmbach

---

Laut Röntgenverordnung muss jeder Patient vor der Untersuchung folgend Angaben machen:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

1. Frühere Röntgen- und Nuklearmedizinische Untersuchungen (z. B. Schilddrüsen Radio-Jod-Test).

Wann: \_\_\_\_\_ was: \_\_\_\_\_

2. Alte Aufnahmen:

Vorhanden: \_\_\_\_\_ was: \_\_\_\_\_

3. Röntgenbestrahlungen:

Wann: \_\_\_\_\_ was: \_\_\_\_\_

4. Schwangerschaft: ( ) ja ( ) nein ( ) unbestimmt

(letzte Regel am \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Ort

Unterschrift, Vor- und Zunahme, bei Minderjährigen  
Erziehungsberechtigte

Erneutes Röntgen am:

Unterschrift

1. \_\_\_\_\_ Schwangerschaft: ( ) ja ( ) nein ( ) unbestimmt \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Schwangerschaft: ( ) ja ( ) nein ( ) unbestimmt \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Schwangerschaft ( ) ja ( ) nein ( ) unbestimmt \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ Schwangerschaft: ( ) ja ( ) nein ( ) unbestimmt \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_ Schwangerschaft: ( ) ja ( ) nein ( ) unbestimmt \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_ Schwangerschaft ( ) ja ( ) nein ( ) unbestimmt \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_ Schwangerschaft: ( ) ja ( ) nein ( ) unbestimmt \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_ Schwangerschaft ( ) ja ( ) nein ( ) unbestimmt \_\_\_\_\_