

RÖNTGEN-FRAGEBOGEN

• PATIENT

Name _____

Vorname _____

Geb. Datum _____

Geb. Ort _____

• Nur für Patientinnen

Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein fraglich

• Röntgennachweisheft vorhanden?

ja nein

• Angaben über Ihre Strahlenbelastung in den letzten 12 Monaten

Röntgenuntersuchungen	Monat	Jahr
Zähne / Kiefer		
Nasennebenhöhlen		
Oberkörper / Lunge		
Unterleib / Organe		
Wirbelsäule		
Arme / Beine		
Sonstiges		
Röntgen- / Isotopen- Bestrahlungen	von	
	bis	