

Digitale Radiographie der Nasennebenhöhlen



Drewes+Partner

Röntgen-Nuclear-Institut
Medizinisches Versorgungszentrum

Möserstraße 50
49074 Osnabrück

Telefon: 0541-600100
Telefax: 0541-6001010
www.drewes-partner.de
info@drewes-partner.de

Name, Vorname

Geburtsdatum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind in unserem Institut zur Diagnostik Ihrer Nasennebenhöhlen angemeldet. Vorab möchten wir Sie bitten, nachstehende Fragen zu beantworten bzw. die vorgegebenen Antworten zu markieren (). Der Untersuchungsbefund wird der/dem überweisenden Ärztin/Arzt umgehend zugestellt, die relevanten Bilddokumente werden Ihnen, wenn gewünscht, im Anschluss an die Untersuchung ausgehändigt.

NNH

Beschwerden seit **wann?** _____ **Seite?** rechts mittig links

Kopfschmerzen ja nein Schwindel ja nein

Bisherige **Behandlung** Antibiotika schleimlösende Medikamente
 Operation Sonstiges _____

Wenn **Operation**, bitte soweit möglich ausfüllen:

Wann? _____ **Seite?** rechts links

Nasenscheidewand ja nein Nasenmuscheln ja nein

Sonstiges, ggf. genauere Bezeichnung _____

Für Frauen: Besteht eine **Schwangerschaft?** ja nein

(Platz für weitere Anmerkungen)

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. §73 Abs. 1b SGB V

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Einholung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten von und an mit- und weiterbehandelnde Ärzte sowie andere Leistungserbringer.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Alle Angaben nach Art. 13 und 14 DSGVO wurden mir zugänglich gemacht.

Auf die Herausgabe einer Kopie dieses Dokumentes verzichte ich.

Datum, Unterschrift