

# Digitale Radiographie der Lunge (Thorax)



**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 Röntgenuntersuchung der Lunge angemeldet. Vorab möchten wir Sie bitten, nachstehende Fragen zu beantworten bzw. die vorgegebenen Antworten zu markieren (  ). Der Untersuchungsbefund wird der/dem überweisenden Ärztin/Arzt zugestellt.

# Thorax

Beschwerden, welche und seit **wann**? \_\_\_\_\_

Allgemeinbefinden \_\_\_\_\_

Gewichtsabnahme?  ja  nein Zeitraum? \_\_\_\_\_

Appetitlosigkeit?  ja  nein

Husten?  ja  nein blutig, Auswurf? \_\_\_\_\_

Fieber?  ja  nein wenn ja, wie lange schon? \_\_\_\_\_

Medikamenteneinnahme?  ja  nein wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen?  ja  nein wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
(Krebs,-Herz,-Lungenerkrankungen)

Voraufnahmen der Lunge?  ja  nein wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Operationen?  ja  nein wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Unfallereignis?  ja  nein wenn ja, welches? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja  nein Zigaretten/Tag \_\_\_\_\_

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**