

Name:

geb.:

Telefon:

Welche Untersuchung wurde bei Ihnen **in den letzten 2 Jahren außerhalb unserer Praxis** durchgeführt?

Röntgen

Was:

Wann:

MRT

Was:

Wann:

Nuklearmedizin

Was:

Wann:

Strahlenbehandl.

Was:

Wann:

Bei weiblichen Patienten: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? _____

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich außerdem einverstanden, dass die Befunde und Bilder meiner Untersuchungen in der Gem. Praxis Dr. Mirjam Rang/Andreas Boberg an weiterbehandelnde Ärzte herausgegeben und Voruntersuchungen von anderen Ärzten/Kliniken angefordert werden können. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Datum:

Unterschrift:

ENGLISH

Name:

Date of birth:

Telephone:

Which one of the following imaging exams or radiation therapies was performed on you **in the last 2 years, if not in our practice?** Please fill in organ and year.

Radiological examinations

MRI

Nuclear medicine test

Radiation therapy

For female patients: Are you pregnant right now? _____

By my signature I additionally agree that the examination reports and scans done by the medical practice of Dr. Mirjam Rang/Andreas Boberg may be forwarded to other doctors and I authorize the practice to order previous examinations from other doctors/clinics/hospitals. I am informed that I can cancel my consent anytime by a simple letter.

Date:

Signature: