

Name:

geb.:

Telefon:

Welche der folgenden bildgebenden Untersuchungen/Behandlungen wurden bei Ihnen  
**in den letzten 2 Jahren außerhalb unserer Praxis** durchgeführt?

Röntgen

MRT

Nuklearmedizin

Strahlenbehandlungen

Bei weiblichen Patienten: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Ja/Nein \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich außerdem einverstanden, dass die Befunde und Bilder meiner Untersuchungen in der Praxis Radiologie Frankfurt Zeil 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?

Radiological examinations

MRI

Nuclear medicine test

Radiation therapy

For female patients: Are you pregnant right now? yes/no \_\_\_\_\_

By my signature I additionally agree that the examination reports and scans done by the medical practice of Radiologie Frankfurt Zeil 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: