
Name		Vorname	
PLZ	Ort	Straße / Hausnummer	
Telefon		Geburtsdatum	Krankenkasse / Krankenversicherung

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der/des Hauptversicherten

Nur von Privatpatienten auszufüllen:

Versicherung: Post B KVB I-III Knappschaft A II S sonstige Versicherung

Wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre geröntgt?

ja nein

Wenn ja, wo, wann und welcher Körperteil / welches Organ?

Wurden Sie nuklearmedizinisch untersucht (Schilddrüsen- oder Knochenszintigraphie)?

ja nein

Wenn ja, wann, wo und was für eine Szintigraphie?

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Strahlentherapie durchgeführt? (z.B. nach Krebstherapie)

ja nein

Wenn ja, wann, wo und was für eine?

Nur für Knochendichtemessung:

Körpergewicht: _____ Körpergröße: _____

Nur von Patientinnen auszufüllen:

Liegt bei Ihnen zurzeit eine Schwangerschaft vor?

ja nein

Wenn nein, haben Sie eventuell vor kurzem entbunden und stillen Sie Ihr Kind noch?

ja nein

Datum _____ Unterschrift Patient/in (bei unter 18-jährigen des Erziehungsberechtigten oder seines Vertreters)