

---

Name

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

Straße

---

PLZ / Wohnort

---

Krankenkasse

---

Telefon

---

Name, Vorname der/des Hauptversicherten

---

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

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?Ja       Nein 

Wenn ja, wann, wo und was für eine?

---

**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 und Unterschrift der Patientin / des Patienten, bei unter 18-jährigen des Erziehungsberechtigten oder seines Vertreters**

Datei-Nummer:	Titel:	letzte Änderung:	Erstellt von:	Freigegeben von:	Seite:
UW_RA_7_02_124_F	Patientenfragebogen Unna/Werne	29/03/2007	Britta Feder	Britta Feder	1 / 1