

- Bitte aufmerksam durchlesen und in Druckschrift ausfüllen -

Radiologische Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Volker Keil
Dr. med. Uwe Roy
Johanniterplatz 2a - Wirsbergstraße
97070 Würzburg

Tel. 0931 / 32 19 10
Fax. 0931 / 3 21 91 91

**Kassenpatient
Sonographie**

Untersuchungsdatum: _____

Name: _____

Geb. Datum: _____

Telefon: _____

Vorname: _____

Krankenkasse: _____

Wohnort: _____

Beruf: _____

Straße: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

Mädchenname: _____

ja, welche _____ nein

Ich werde bei der Krankenkasse als: Mitglied

Familienangehöriger

Rentner geführt.

Beihilfeberechtigt: ja

nein

Wenn Sie Familienangehöriger sind: Name des Hauptversicherten _____ Geb.-Datum: _____

Anschrift des überweisenden Arztes: _____

Vorgelegte Unterlagen: _____ zum Verbleib

Rückgabe

Basismammographie

Verlaufkontrolle

Galaktographie

Bei Patientinnen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? ja nein

Letzte Menstruationsblutung: _____

Unterschrift der Patientin

Haben Sie ein Röntgennachweisheft (Röntgenpass)?

ja

nein

Wenn ja, bitte das Röntgenheft dem Arzt vorlegen!

Einwilligungserklärung

Ihre nachstehend vorgesehene Unterschrift erbitten wir zum Beweis dafür, dass Sie sich diesbzgl. aufgeklärt fühlen, die Informationen inhaltlich verstanden haben und dass Sie sich mit der Gesamtuntersuchung - weitere Literatur liegt aus - nach ruhiger Überlegung und freier Willenserklärung einverstanden erklären.

Wir bitten um Verständnis, dass untersuchungsbedingte Wartezeiten von mehr als 30 Minuten entstehen können!

Ich versichere, dass ich meine Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bewusst, dass unvollständige Angaben ggf. zu einer Einschränkung der diagnostischen Aussagefähigkeit der Untersuchung führen können.

Würzburg, den _____

Unterschrift des Patienten
(bzw. des Erziehungsberechtigten)

Unterschrift des Arztes