

Radiologisches Versorgungszentrum

COMPUTERTOMOGRAPHIE

KERNSPINTOMOGRAPHIE

RÖNTGEN

Oeninger Weg 34

29614 Soltau

Tel. (0 51 91) 93 92 0 / Fax 9 39 22 3

Strahlenanamnese

Name _____ **Vorname** _____ **geb. am.**

(Bitte in Druckbuchstaben)

Letzte Röntgenuntersuchung:

Datum: _____

Praxis/Ort: _____

Bereich: _____

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft ? nein ja
(Datum der letzten Menstruation /1.Tag: _____)

Datum

Unterschrift Patient