



Dres. med. dent
Bönninghoff + Becker
Kieferorthopädie

RÖNTGEN-FRAGEBOGEN

• PATIENT

Name _____
Vorname _____
Geb.Datum _____

• Nur für Patientinnen

Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein fraglich

• Röntgennachweisheft vorhanden?

ja nein

Datum/Unterschrift des Patienten

• Angaben über Ihre Strahlenbelastung in den letzten 12 Monaten

Röntgenuntersuchungen	Monat	Jahr
Zähne / Kiefer		
Nasennebenhöhlen		
Oberkörper / Lunge		
Unterleib / Organe		
Wirbelsäule		
Arme / Beine		
Sonstiges		
Röntgen- / Isotopen-	von	
Bestrahlungen	bis	

Dr. med. dent. **Mechthild Bönninghoff** · Dr. med. dent. **Julia Becker**

Rekumer Straße 2 · 45721 Haltern

02364 - 92 92 11 · 02364 - 92 92 12 fax

info@boenninghoff-becker.de · www.boenninghoff-becker.de