

Name des Patienten: _____

Geburtstag: _____

Röntgenaufnahmen liefern wichtige Informationen zur Diagnose und Therapie von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates sowie von Lunge und Bauch.

Unsere Röntgengeräte werden von den Strahlenschutzbehörden regelmäßig kontrolliert. Die Darstellung der Röntgenbilder erfolgt in moderner digitaler Form. Wir verpflichten uns, die Röntgenaufnahmen auf eine für die Behandlung notwendige Mindestzahl zu beschränken. Durch diese Maßnahmen kann die Strahlendosis, die für die Röntgenaufnahmen benötigt wird, beschränkt werden und stellt somit nur eine geringe Strahlenbelastung dar.

Körpergröße: _____ cm / Körpergewicht: _____ kg

Für weibliche Patienten:

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

Ja Nein Ungewiss

Einwilligung Röntgenuntersuchung:

Hiermit stimme ich einer medizinisch notwendigen Röntgenuntersuchung

zu nicht zu

Name, Vorname in Druckbuchstaben des Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)/Sorgeberechtigte(r)

Unterschrift

Ort, Datum

X

Patient(in) bzw. Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)/Sorgeberechtigte(r)

Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.