

Röntgen Patientenaufklärung

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Größe: _____ cm **Gewicht:** _____ kg

Telefonnummer: _____

Behandelnder Hausarzt/Facharzt: _____

Soll Ihr Hausarzt/Facharzt ein Befundbericht bekommen? Ja Nein

Gibt es von dem **heutigen Untersuchungsbereich** bereits Röntgenbilder? Ja Nein

Wenn Ja: von wann: _____ in welcher Praxis: _____

Sind Sie mit der Röntgenuntersuchung einverstanden?

Ja Nein

Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

Ja Nein

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Für Kinder bis 18 Jahre: Hiermit bin ich als Erziehungsberechtigter einverstanden, daß mein Kind geröntgt wird.

Ort, Datum _____ Unterschrift Erziehungsberechtigter _____