



## Einverständniserklärung konventionelle Röntgendiagnostik

Sehr geehrte/r Patient/in,

aus Gründen des Strahlenschutz sind wir gesetzlich verpflichtet, Sie vor einer Untersuchung mit Röntgenstrahlen über folgendes zu befragen:

### Fragebogen

Ja      Nein

1. Ist bei Ihnen schon einmal eine Röntgen oder eine Computertomographie angefertigt worden?

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ Wo? (Klinik/Arzt) \_\_\_\_\_

Welches Körperteil? \_\_\_\_\_

2. Besteht eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose)?

3. Besteht eine Schwangerschaft?

### Hinweis:

**Wenn Sie eine Schwangerschaft nicht sicher ausschließen können, sollten Sie vor der Röntgenuntersuchung einen Schwangerschaftstest durchführen lassen.**

Tage der letzten Regelblutung: \_\_\_\_\_

Ich habe die Patienteninformation gelesen, habe keine weiteren Fragen und bin mit der Untersuchung, gegebenenfalls mit einer Kontrastmittelgabe (auch bei meinem Kind)

\_\_\_\_\_ (Name des Kindes) einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreter