

Einverständniserklärung Röntgendiagnostik

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Datum der Untersuchung

Größe/ Gewicht

Einverständniserklärung konventionelle Röntgendiagnostik

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Fragebogen

1. Ist bei Ihnen schon einmal eine Röntgen- oder eine Computertomographieuntersuchung angefertigt worden? **o ja o nein**

Wenn ja, wann? _____ Wo? (Klinik/ Arzt) _____

Welches Körperteil? _____

2. Besteht eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose)? **o ja o nein**

3. Besteht eine Schwangerschaft? **o ja o nein**

Hinweis:

Wenn Sie eine Schwangerschaft nicht sicher auszuschließen 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 einverstanden (auch bei meinem Kind) _____ (Name des Kindes) einverstanden.

Datum

Unterschrift Patient/ Betreuer/ Bevollmächtigter/ Erziehungsberechtigter

Datum/ Uhrzeit

Unterschrift Arzt/ Vertreter

1