

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Patientenfragebogen und Einwilligung für Röntgenuntersuchungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden von Ihrem behandelnden Arzt zu einer **Röntgenuntersuchung** überwiesen.

Hierbei wird der Körper von Röntgenstrahlen durchdrungen, welche auf einem elektronischen Detektor dahinter ein Bild des Körperinneren entstehen lassen. Die Strahlenbelastung ist so gering, dass Strahlenschäden nicht zu erwarten sind. Mit modernster Technik erreichen wir die für die jeweilige Untersuchung die geringst mögliche Dosis. Dennoch muss eine Abwägung des Nutzens der Untersuchung gegenüber der Strahlenbelastung erfolgen, weswegen der Arzt die Indikation zur Untersuchung überprüft.

Da im Falle einer Schwangerschaft durch Röntgenstrahlen ein Risiko für das ungeborene Kind bestehen kann, müssen Sie uns unbedingt über eine bestehende Schwangerschaft informieren!

Bitte beantworten Sie uns vor Beginn der Untersuchung folgende Fragen:

Warum wird die Untersuchung durchgeführt?

Sind Sie an der zu untersuchenden Körperregion schon einmal **operiert** worden? nein ja

Falls ja: **Welche Operation(en)** wurde(n) durchgeführt? In **welchem Jahr** erfolgte dies?

Sind früher bereits **Röntgenuntersuchungen** durchgeführt worden? nein ja

Falls ja, welche? _____

Bei Frauen: Sind Sie **schwanger** oder könnten Sie schwanger sein? nein ja

Rauchen Sie? nein ja

Bitte geben Sie Ihren **Hausarzt** an: _____

Bitte geben Sie Ihre **Telefonnr.** an: _____

Unser Personal hilft Ihnen gerne weiter. Sollten Sie noch Fragen haben, sprechen Sie uns bitte an.

Ich habe keine weiteren Fragen und willige in die Untersuchung ein. Ein Duplikat dieser Aufklärung wurde zur Verfügung gestellt.

Mit der Weitergabe der Untersuchungsergebnisse auch an andere mich behandelnde Ärzte, die diese Ergebnisse anfordern, bin ich

einverstanden
 nicht einverstanden

Unterschrift des Patienten / gesetzl. Vertreters:

Unterschrift Arzt:
