

Name: _____

Vorname: _____

Geb.: _____

Einverständniserklärung Röntgen / Strahlenanamnese



**Nur bei
Patientinnen
ausfüllen**

Besteht z.Z.
eine Schwangerschaft?

ja

nein

unbekannt

**Röntgen-
untersuchung**

Wann wurde die letzte Röntgenuntersuchung durchgeführt? (z. B. Lunge / Zahnarzt / CT)

wenn ja, wann _____ wo _____

welches Organ/Körperteil _____

**Nuklear-
medizinische
Untersuchung**

Wurde früher eine nuklear-
medizinische Untersuchung
durchgeführt?
(z. B. Schilddrüse /
Knochenszintigramm)

ja

nein

unbekannt

wenn ja, wann _____ wo _____

welches Organ/Körperteil _____

**Strahlen- oder
nuklear-
medizinische
Behandlung**

Wurde früher eine Strahlen-
oder nuklearmedizinische
Behandlung durchgeführt?
(z. B. Bestrahlung nach
Krebserkrankung)

ja

nein

unbekannt

wenn ja, wann _____ wo _____

welches Organ/Körperteil _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde und Unterlagen an mit-/weiterbehandelnde Ärzte weitergeleitet werden.

Ich bin mit der Durchführung der Röntgenuntersuchung einverstanden und habe die ausliegende Patienteninformation zur ionisierenden Strahlung zur Kenntnis genommen.

Ich verzichte auf eine Kopie des Aufklärungsbogen.

Datum _____

Unterschrift _____