

FELD FÜR BARCODE

FELD FÜR NAME, VORNAME

## Aufklärungsbogen Röntgen

Geb.-Datum: .....

Gewicht: ..... kg

Größe: ..... cm

**Bitte beantworten Sie uns vor Ihrer Röntgenuntersuchung folgende Fragen (ggf. auch für Ihr Kind):**

1) Haben Sie in den letzten 2 Jahren eine Röntgenuntersuchung erhalten?  ja  nein

Wenn ja, was wurde geröntgt? .....

Wann war die Untersuchung? .....

2) Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

3) Rauchen bzw. dampfen Sie?  ja  nein

Wenn ja, seit wann ..... und wieviel täglich? .....

4) Ist bei Ihnen eine ansteckende Krankheit bekannt?  ja  nein  
(z.B. TBC, Viruserkrankung, bakterielle Infektion)

Wenn ja, welche? .....

**Hiermit bestätige ich, die Fragen wahrheitsgemäß nach bestem Wissen beantwortet zu haben. Ich willige in die Untersuchung ein erkläre mich mit der Weitergabe meiner Befunde und Bilder an meine überweisenden und weiterbehandelnden Ärzte -bis auf Widerruf- einverstanden!**

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift Patient  
(ggf. Betreuer/ Sorgeberechtigter)