



**Name, Vorname, Geburtsdatum:**

.....

Bitte beantworten Sie uns vor der Durchführung Ihrer Röntgenaufnahme die folgenden Fragen.  
Falls Sie sich unsicher sind oder Fragen haben, sprechen Sie uns bitte an.

1. Wurden Sie schon einmal operiert?  ja  nein  
Falls ja, welche Operation, wann? \_\_\_\_\_
2. Leiden Sie unter Allergien oder Überempfindlichkeiten?  ja  nein  
Welche? \_\_\_\_\_
3. Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein
4. Wurde schon einmal eine Röntgenuntersuchung durchgeführt?  ja  nein  
Anlass, wann, durch wen? \_\_\_\_\_
5. Ist eine Verletzung oder ein Unfall der Anlass für die Untersuchung?  ja  nein  
Erläuterung \_\_\_\_\_
6. Sind Sie mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden?  ja  nein
7. Größe: .....cm    Gewicht: .....kg

**Einwilligung zur Röntgenuntersuchung**

Mit der Durchführung der Röntgenuntersuchung bin ich einverstanden.  ja  nein

Nur bei minderjährigen Personen: Ich bin mit der Röntgenuntersuchung  
meines Sohnes / meiner Tochter einverstanden.  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift