

Liebe Patientin, lieber Patient,

Röntgenaufnahmen liefern wichtige Informationen zur Diagnose und Therapie von Erkrankungen zum Beispiel des Stütz- und Bewegungsapparates sowie Thoraxorgane. Die Darstellung erfolgt in moderner digitaler Form. Die beim Röntgen eingesetzte Strahlung ist – auf das gesamte Jahr bezogen – teilweise weitaus geringer als z.B. die natürlich vorkommende Erdstrahlung. Modernste, ständig qualitätsüberprüfte Röntgengeräte garantieren die derzeit niedrigste Strahlendosis. Zudem erlaubt die Digitalisierung eine umfassende Nachbearbeitung, wodurch in vielen Fällen die Wiederholung von Untersuchungen vermieden wird.

Vorname / Nachname: _____

Geb.-Datum: _____

Telefon-Nr.: _____

1. Für Frauen im gebärfähigen Alter
Sind Sie **schwanger**? ☐ ja ☐ nein

2. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei Bedarf Voraufnahmen
bei anderen Ärzten eingeholt werden dürfen. ☐ ja ☐ nein

Einwilligungserklärung

Ich versichere sämtliche Fragen nach bestem Wissen beantwortet zu haben. Ich bin ausführlich über die bevorstehende Untersuchung informiert. Ich habe keine weiteren Fragen und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die angeordnete Untersuchung ein. Ich habe die Patienteninformation (Version 1.11.2019) zum Datenschutz gelesen und bin mit allen Punkten einverstanden. Diese Regelung gilt bis auf Widerruf.

Sofern Sie eine Kopie dieser Unterlage wünschen, dann sprechen Sie bitte unsere Mitarbeiter an.

Eichsfeld, den _____
Datum

Unterschrift Patient(in) / gesetzl. Vertreter(in)