

Laut Röntgenverordnung muss jeder Patient vor der Untersuchung folgende Angaben machen.

Name: _____ (Geburtsname: _____)

Vorname (vollständig): _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Adresse: _____

1. Mit der Röntgenuntersuchung bin ich einverstanden: Ja Nein

2. Frühere Röntgenuntersuchungen: Ja Nein

Wann: _____ Körperteil: _____ Institut/Arzt: _____

3. Frühere nuklearmedizinische Untersuchungen oder Behandlungen mit Röntgenstrahlen
(z.B. Schilddrüsen Radio, Jod-Test):

Wann: _____ Welche Region: _____

4. Bei weiblichen Patienten (laut Rechtsprechung ab dem 12. Lebensjahr)
Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?

Ja Nein Unbestimmt

5. Einwilligung zum Austausch von Röntgenaufnahmen mit dem behandelnden Zahnarzt:

Ich willige hiermit ein, dass mein Kieferorthopäde erstellte Röntgenaufnahmen elektronisch verarbeiten darf und mit dem behandelnden Zahnarzt austauschen darf, sofern dies für die Behandlung erforderlich ist. Diese Einwilligung umfasst auch die in der Praxis tätigen Personen (Sprechstundenhilfe, Fach- und Laborangestellte).

Köln, den _____ Unterschrift: _____