



## Einverständniserklärung Röntgen

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Röntgenaufnahmen liefern wichtige Informationen zur Diagnose und Therapie von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates.

Unsere Röntgengeräte werden von den Strahlenschutzbehörden regelmäßig kontrolliert. Die Darstellung der Röntgenbilder erfolgt in moderner digitaler Form. Wir verpflichten uns, die Röntgenaufnahmen auf eine für die Behandlung notwendige Mindestzahl zu beschränken. Durch diese Maßnahmen kann die Strahlendosis, die für die Röntgenaufnahmen benötigt wird, beschränkt werden und stellt somit nur eine geringe Strahlenbelastung dar.

### ***Für weibliche Patienten***

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

Ja

Nein

Ungewiss

***Hiermit stimme ich einer medizinisch notwendigen Röntgenuntersuchung***

zu

nicht zu

---

Datum, Unterschrift