

## PATIENTENAUFKLÄRUNG / RÖNTGEN

**Name** \_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

das konventionelle Röntgen (Röntgenaufnahmen) ist immer noch das am häufigsten eingesetzte bildgebende Verfahren zur Untersuchung von Knochen und Gelenken sowie der Lunge.

Technisch beruht es auf der unterschiedlich starken Schwächung von Röntgenstrahlen durch die unterschiedlichen Gewebe.

Das in unserer Praxis eingesetzte digitale Röntgengerät erlaubt hierbei durch seine computergestützte Technik eine deutliche Einsparung von Röntgenstrahlen gegenüber der früher gebräuchlichen analogen Filmtechnologie.

Wurde bei Ihnen bereits früher einmal eine Röntgenaufnahme von der zu untersuchenden Körperregion angefertigt? - wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sind Sie schon am zu untersuchenden Organ operiert worden? - wenn ja, welche Operation:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Ist bei Ihnen eine Tumorerkrankung bekannt? - wenn ja, welches Organ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Für Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Welche Beschwerden haben Sie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ich habe dieses Informationsblatt verstanden. Rückfragen wurden mir beantwortet.  
Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Untersuchung einverstanden.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in / gesetzliche/r Vertreter/in