

	Einverständniserklärung zur Röntgenuntersuchung	Bearbeiter:	Sibylla Proksch
		Stand:	01.12.11
		Version:	1
		Seite:	1 von 2

## Einverständniserklärung zur Röntgenuntersuchung

Dr. Heiko Sellmann  
Kieferorthopäde  
Karolinenstr. 40  
90402 Nürnberg

### Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern!

Die Strahlenschutzverordnung sieht eine Minimierung der Strahlenexposition vor. Daher bitten wir Sie, uns folgende Fragen vor der Röntgenuntersuchung gewissenhaft zu beantworten.

**Name / Vorname des Patienten:** \_\_\_\_\_

**geb. am:** \_\_\_\_\_ **Geburtsort:** \_\_\_\_\_

**Bisherige Röntgenuntersuchungen:**  
(wann, ggf. wo, Verbleib der Aufnahmen)

---



---

Vorangegangene nuklearmedizinische Untersuchung oder Strahlentherapie?

---



---

Besteht eine Schwangerschaft ?	__ Ja	__ Nein
Besitzen Sie (Ihre Tochter/ Ihr Sohn) einen Röntgenpass?	__ Ja	__ Nein
Wünschen Sie die Ausstellung eines Röntgenpasses?	__ Ja	__ Nein

**Volljährige/r Patientin/Patient:**  
Ich erkläre mich mit allen anfallenden Röntgenuntersuchungen,  
**die während der kieferorthopädischen Behandlung notwendig sind einverstanden.**      \_\_Ja      \_\_Nein

**Minderjährige/r Patientin/Patient:**  
Ich erkläre mich mit allen anfallenden Röntgenuntersuchungen,  
die während der kieferorthopädischen Behandlung **meiner Tochter/meines Sohnes notwendig sind, einverstanden.**      \_\_Ja      \_\_Nein

**Das notwendige Röntgenbild darf auch angefertigt werden, wenn meine Tochter/mein Sohn allein zur Behandlung in der Praxis ist.**      \_\_Ja      \_\_Nein

**Ich bin damit einverstanden, dass angefertigte Röntgenbilder an den überweisenden/behandelnden Zahnarzt per E-Mail übertragen werden.**      \_\_ Ja      \_\_ Nein

**Bitte wenden**

**Diese Einverständniserklärung kann jederzeit gegenüber Herrn Dr. Sellmann widerrufen werden. Kopien der Aufnahmen kann ich bei Interesse oder Bedarf erhalten.**

---

**Datum**

---

**Unterschrift  
Erziehungsberechtigte/r**

---

**Unterschrift  
volljährige/r  
Patientin/Patient**