

Um die Untersuchung besser durchführen zu können und zur Erkennung möglicher Risiken bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Wurde bei Ihnen schon früher (innerhalb der letzten 2 Jahre) eine Röntgen-, CT- oder MRT Untersuchung der gleichen Körperregion durchgeführt?
Wenn ja, wann? _____ **Ja** **Nein**
2. Sind Sie an der zu untersuchenden Region schon operiert worden?
Wenn ja, wann? _____ **Ja** **Nein**
3. **Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?** **Ja** **Nein**
(Im Falle einer Schwangerschaft besteht das Risiko einer Schädigung des ungeborenen Kindes durch die Röntgenstrahlen!!)
4. Ist bei Ihnen eine akute oder chronische Infektionserkrankung (Tuberkulose, Hepatitis, AIDS / HIV, ...) bekannt? **Ja** **Nein**
5. Haben Sie einen Röntgenpass? **Ja** **Nein**
... oder möchten Sie einen Röntgenpass ausgestellt bekommen? **Ja** **Nein**

Ich habe diese Information und die gestellten Fragen verstanden und korrekt beantwortet. Ich habe keine weiteren Fragen mehr.

Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden. **Ja** **Nein**

Unterschrift Patient: Prof. Dr. med. Test-Vorname von Testperson (ggf. Erziehungsberechtigten) Unterschrift des Arztes