

# Radiologie am Schlössle

**Dr. U. Knust-Dr. M. Deinzer-Dr. D. Schmidt  
Dr. E. Kocer & Kollegen**

**Ihr Termin:** \_\_\_\_\_

Wir bitten Sie darum, Fremdaufnahmen und/oder Befunde von der zu untersuchenden Körperregion mitzubringen und diese bei der Anmeldung abzugeben.

Tel. Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Größe:** \_\_\_\_\_

**Gewicht:** \_\_\_\_\_

## **Patienteninformation und Aufklärung Röntgen**

### **Bitte zutreffendes ankreuzen:**

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?  ja  nein

Ist bei Ihnen persönlich ein Krebsleiden bekannt (auch in der Vorgeschichte)?  ja  nein

Wurden bei Ihnen in der zu untersuchenden Körperregion bereits Röntgenaufnahmen angefertigt?  
 ja  nein

Wenn ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

### **Bei Minderjährigen vom Erziehungsberechtigten zu beantworten:**

Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt. Bei schweren Eingriffen sollten grundsätzlich beide Eltern unterschreiben.

Ich bin damit einverstanden die notwendige/n Röntgenaufnahme/n bei meinem Kind durchführen zu lassen.  ja  nein

**Ich bin damit einverstanden die notwendigen Röntgenaufnahmen durchführen zu lassen**  
 ja  nein

Pforzheim, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten bzw. Sorgeberechtigter \_\_\_\_\_

**Unterschrift Arzt/Ärztin** \_\_\_\_\_

Radiologie am Schlössle

Telefon: (07231) 38 66-0

Kiehnlestraße 14+15

Telefax: (07231) 38 66-22

75172 Pforzheim