



**Nachname:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Größe:** \_\_\_\_\_ **cm**

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

### **Einverständniserklärung**

Ich bin darüber aufgeklärt, dass die Untersuchung mit Röntgenstrahlen durchgeführt wird.

**Besteht eine Schwangerschaft?**

**JA**  **NEIN**

**Gibt es bereits Voraufnahmen zu Ihrer heutigen Untersuchung?**

**JA**  **NEIN**

Wenn ja, wo und wann?

---

**Sind Sie bereits am zu Untersuchenden Körperteil operiert worden?**  **JA**  **NEIN**

Wenn ja, wo und wann?

---

---

---

**Hiermit erkläre ich mich mit folgender Untersuchung einverstanden:**

**CT**

**Röntgen**

Lahnstein, \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

