

Фамилия: \_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Рост: \_\_\_\_\_ Вес: \_\_\_\_\_

### Einverständniserklärung

Мне сообщили, что обследование будет проводиться с помощью рентгена.

Вы беременны?  ДА  НЕТ

Есть ли предварительная запись на сегодняшнее обследование?  ДА  НЕТ

Если да, то где и когда?

---

Была у вас операция на исследуемой части тела?  ДА  НЕТ

Если да, то где и когда?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Я даю согласие на следующее обследование:

СТ

Röntgen

Lahnstein, \_\_\_\_\_ ПОДПИСЬ: \_\_\_\_\_

