



Merkblatt / Aufklärung

zur

Vermeidung einer Schwangerschaftsschädigung durch ungewollte Exposition von Röntgenstrahlen

Name

Vorname

Geburts-Datum

Sehr geehrte, liebe Patientin,

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zwecks weiterer Abklärung Ihrer Beschwerden zu einer Röntgen-Untersuchung überwiesen.

Im Falle einer Schwangerschaft kann die Exposition von Röntgenstrahlen zu einer Schädigung der Frucht bzw. Ihres ungeborenen Kindes führen.

Hiermit bestätige ich, dass bei mir keine Schwangerschaft besteht.

Datum:

Unterschrift des Patienten (bzw. des / der Sorgeberechtigten)