

**Röntgenuntersuchung -  
Schwangerschaftsausschluss**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_

**Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?**

JA

NEIN

Mir ist bekannt, dass durch die Anwendung von Röntgenstrahlen eine Schädigung des ungeborenen Lebens, insbesondere in der Frühschwangerschaft, möglich ist.

Ich willige in die ärztlich verordnete Röntgenuntersuchung ein.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin bzw. Erziehungsberechtigte/r bei Minderjährigen  
oder Bevollmächtigte/r

- 06217 Merseburg, Weiße Mauer 52
- 06268 Querfurt, Vor dem Nebraer Tor 11
- 06179 Teutschenthal, Karl-John-Straße 67
- 06749 Bitterfeld-Wolfen, Niemecker Straße 1a