



Einverständniserklärung

Röntgen



Name: _____ Geb.-Datum: _____

Röntgenaufnahmen liefern wichtige Informationen zur Diagnose und Therapie von Zahn- und Zahnbetterkrankungen.

Unsere Röntgengeräte werden von den Strahlenschutzbehörden regelmäßig kontrolliert. Die Darstellung der Röntgenbilder erfolgt in moderner digitaler Form. Wir verpflichten uns, die Röntgenaufnahmen auf eine für die Behandlung notwendige Mindestzahl zu beschränken. Durch diese Maßnahmen kann die Strahlendosis, die für die Röntgenaufnahmen benötigt wird, beschränkt werden und stellt somit nur eine geringe Strahlenbelastung dar.

Die Beantwortung nachstehender Fragen ist gemäß § 28/1 RöV gesetzlich vorgeschrieben.

1. Sind Sie mit der Röntgenaufnahme bei Ihrer Tochter/Ihrem Sohn

_____ einverstanden? ja nein

2. Wurden bei Ihrer Tochter/Ihrem Sohn in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen angefertigt?

ja nein

3. Jugendliche ab dem 12. Lebensjahr: Ist eine Schwangerschaft ausgeschlossen?

ja nein ungewiss

4. Haben Sie einen Röntgenpass für Ihre Tochter/Ihren Sohn?

ja nein

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____