
Überörtliche Radiologische Gemeinschaftspraxis Marl/Haltern am See

Dr. med. M. Mühlen – Dr. med. G. Koch – Dr. med. A. Wruck

Ärzte für Diagnostische Radiologie

Hervester Straße 57 - 45768 Marl - Telefon 02365 12093 - Fax 02365 12095

Gartenstraße 2 - 45721 Haltern am See - Telefon 02364 104388 - Fax 02364 169823

Datum: _____

ERKLÄRUNG – Schwangerschaftsausschluss (Röntgen)

Name, Vorname: _____ Geb.- Datum: _____

Hiermit bestätige ich, dass bei mir zur Zeit keine Schwangerschaft besteht, bzw. mir keine Schwangerschaft bekannt ist.

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

Ich willige in die ärztlich verordnete Röntgenuntersuchung ein.

Unterschrift der Patientin bzw. der/des Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen