



Institut für Radiologie

56727 Mayen · Siegfriedstraße 20

Name, Vorname

Geburtsdatum

*Sehr geehrte Patient*innen, sehr geehrte*r Erziehungsberechtigte*r*

zu diagnostischen Zwecken soll bei Ihrer Tochter/Ihrem Sohn am heutigen Tage eine Untersuchung mit ionisierender Strahlung (Röntgenstrahlen) durchgeführt werden. Hiermit erkläre ich mich zur Anwendung dieser Strahlung an meiner Tochter/meinem Sohn aus diagnostischen Gründen einverstanden.

Unterschrift Erziehungsberechtigte*r

Laut §23 Abs. 3 der Röntgenverordnung sind wir verpflichtet, alle Frauen im gebärfähigen Alter vor der Anwendung von Röntgenstrahlen auf eine möglicherweise bestehende Schwangerschaft hinzuweisen.

Besteht bei Ihnen/Ihrer Tochter am heutigen Tag eine Schwangerschaft?

Nein

Ja

Unsicher

Unterschrift

Ort, Datum