



RÖNTGENAUFNAHMEN KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG

Name des Patienten/der Patientin:

Röntgenaufnahmen von Zähnen und Schädelstrukturen geben wichtige Informationen für die Durchführung einer kieferorthopädischen Behandlung. Wir bitten um Ihr Einverständnis für die Anfertigung dieser Bilder.

Wir verpflichten uns, die Röntgenaufnahmen auf eine für die Behandlung notwendige Mindestzahl zu beschränken. Unsere Röntgengeräte werden von den Strahlenschutzbehörden regelmäßig kontrolliert, darüber hinaus werden zum Schutze des Patienten Bleischürzen verwendet. Weiterhin möchten wir klarstellen, dass die Strahlendosis, die für unsere Aufnahmen benötigt wird, eine geringe Belastung darstellt. Vor jedem Röntgenvorgang werden wir den Patienten befragen, wann und wo er/sie in den letzten 12 Monaten geröntgt wurde, und ob bei weiblichen Patienten eine Schwangerschaft besteht.

Ich bin damit einverstanden, dass bei meinem Kind die Röntgenaufnahmen, die für eine kieferorthopädische Behandlung als notwendig erachtet werden, durchgeführt werden dürfen.

Homburg, den _____

Unterschrift

Ich möchte vor jeder Röntgenaufnahme informiert werden.

Ja

Nein

Unterschrift

Vom Patienten auszufüllen

Nach §29 der Röntgenverordnung ist die Beantwortung der folgenden Fragen zwingend notwendig:

Sind bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate Zahn- bzw. Kieferaufnahmen gemacht worden?

Ja Nein

Wenn ja, bei welchem Zahnarzt oder Arzt?

Zusätzliche Fragen für weibliche Patienten:
Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

Ja Nein Ungewiss

Homburg, den _____

Unterschrift