

Radiologie München Süd West

Erklärung über frühere Untersuchungen

Name, Vorname: Gewicht:..... kg

Besteht eine **Schwangerschaft**? ja nein

Haben Sie einen **Herzschrittmacher**? ja nein

Mit der Röntgen- Untersuchung bin ich einverstanden ja nein

Hiermit willige ich ein, dass die Praxis Befunde von mir bei meinen Ärzten einholen kann und das Untersuchungsergebnis für Konsultationen bei meinen behandelnden Ärzten vorlegen darf.

ja nein

Bitte legen Sie vor der Untersuchung alle **Metallgegenstände** von Kopf- und Halsbereich ab. Desweiteren bitten wir Sie, ihr **Mobiltelefon auszustellen**, da die elektromagnetischen Wellen unser Gerät stören können.

München, den

.....
Unterschrift